



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Sede Regional Rosario

Carrera de Abogacía

Incorporación de la eutanasia al régimen legal argentino.

2011

Tutor: Dra. Gerbaudo Silvina

Alumna: Schneider Samanta Beatriz

Título al que aspira: Abogada

Fecha de presentación: Diciembre de 2011

1.-Resumen.

Uno de los cambios más relevantes que se produjeron en los últimos tiempos en nuestra sociedad, es el incremento de las solicitudes de aplicación de la eutanasia en pacientes con enfermedades incurables o progresivamente letales.

Aquellos que se encuentran afectados por una enfermedad o incapacidad grave e irreversible y que suplican morir dignamente se hallan desprotegidos al carecer la práctica eutanásica de regulación orgánica en el ordenamiento legal argentino.

Así como tenemos el honor de vivir en un país democrático y laico, privilegio que permite a cada ciudadano practicar libremente su fe; cada uno de nosotros debemos estar dispuestos a otorgar esa libertad de la que disponemos y disfrutamos a aquellos que piensan de manera distinta, ya que nadie puede imponer al resto sus propios deseos, ética o creencias.

En este trabajo comenzaremos el primer capítulo con un concepto general de eutanasia, su clasificación y requisitos que debe reunir el acto eutanásico. Asimismo, analizaremos el derecho a morir con dignidad, lo referente a los cuidados paliativos, el consentimiento informado, el testamento vital y por último, trataremos la autonomía individual de los pacientes. Demostraremos que la desprotección legal en la que se encuentran los pacientes es de tal magnitud que en algunas ocasiones se vulneran derechos y garantías constitucionales.

En el segundo capítulo analizaremos la situación de los estados que han admitido la eutanasia y de los países que no permiten su práctica. Con esta investigación pretendemos que el Estado regule la práctica de la eutanasia para evitar que la misma se efectúe de manera clandestina, debiendo el Estado únicamente ejercer un control sobre la misma. Con todo ello se evitaría que se vulneren los derechos a la libertad de elección, a la igualdad, el respeto de la privacidad, la autonomía personal y del principio de dignidad de la persona garantizados en nuestra Carta Magna.

A posteriori, en el tercer capítulo abordaremos lo pertinente a los proyectos de ley que se han ido presentando a lo largo del tiempo en el Congreso de la Nación y que están íntimamente relacionados con el tema de la eutanasia. Al finalizar esta labor quedará comprobado que es necesario que se legalice la eutanasia para que se respete, de esta manera, el derecho a la libertad que tiene cada ser humano, derecho de elegir poner fin a su existencia, cuando se encuentre padeciendo una enfermedad o incapacidad grave e irreversible y no haya posibilidad alguna de que recupere su calidad de vida, y asimismo, resulte doloroso e innecesario el mantenimiento artificial de su existencia.

2.-Estado de la cuestión.

Distintos autores se han dedicado a analizar en profundidad este tema y han elaborado material sobre el mismo, los cuales han sido citados a lo largo de todo el trabajo de investigación, pudiendo mencionar a modo de ejemplo obras realizadas por los Dres. Gafo Javier, Jiménez de Asúa Luis, Medina Graciela, Niño Luis Fernando, Sambrizzi Eduardo, entre otros.

Actualmente, no existe en nuestro ordenamiento jurídico una disposición que contemple los supuestos de eutanasia, por esto hemos realizado un estudio detallado de de la Constitución Nacional¹, Los Tratados de Derechos Humanos con Jerarquía Constitucional², la ley 17.132 de Régimen Legal de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares,³ los proyectos de ley presentados en el Congreso de La Nación relativos a la eutanasia, las legislaciones del Derecho Comparado y analizamos como se ha pronunciado la doctrina y jurisprudencia sobre esta cuestión en la Argentina y en el Derecho Comparado.

¹ ZEUS: 2000 Constitución de la Nación Argentina. Rosario.

² IBID. p. 25.

³ LEY 17.132 DE RÉGIMEN LEGAL DE LA MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ACTIVIDADES AUXILIARES. [En línea] [Citado 20/09/11] [Disponible en Internet <http://www.portalargentino.net/leyes/117132.pdf>] [Última consulta 21/09/11].

Asimismo, para la realización de este trabajo, hemos utilizado los siguientes medios y recursos: manuales, tratados, libros especiales en la temática, revistas jurídicas, obras médicas, y leyes.

3.-Marco Teórico.

En nuestro trabajo trataremos la legalización de la eutanasia. Demostraremos la necesidad de otorgar legitimación activa a toda persona, para que pueda requerir por razones humanitarias y de conformidad a lo que la ley establecerá, que la muerte le sea asistida por un médico; cuando se encuentre sufriendo una enfermedad incurable o progresivamente letal y las posibilidades de tratamiento ya no existan. Llegado el momento y en pleno uso de su lucidez, podrá solicitar la eutanasia, siendo ésta siempre una decisión personal, voluntaria y teniendo en cuenta el derecho a decidir sobre su propia vida. Asimismo probaremos que la situación actual que niega al ser humano dicha legitimación vulnera derechos y garantías constitucionales.

La doctrina se divide entre los que adoptan una posición a favor de la eutanasia, entendiendo que la misma es un modo de poner fin a la vida de las personas que se encuentran sufriendo una enfermedad terminal o muy penosa, y aquellos que toman una posición en contra de la práctica de la eutanasia, considerándola un delito y que por ello no es susceptible de legalización.

Entre los autores más reconocidos que concuerdan con la postura de que debe permitirse la práctica de la eutanasia se encuentran Séneca⁴, Platón⁵, Epicuro⁶, Tomás Moro⁷, Francis Bacon⁸, Luis Jiménez de Asúa⁹ y Peter Singer¹⁰. El argumento fundamental que sostiene ésta doctrina en defensa de la legalización de la eutanasia, es

⁴ SAMBRIZZI, Eduardo A. Derecho y eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. La ley: 2005. p. 14.

⁵ IBID p. 13-14.

⁶ JIMÉNEZ de Asúa, Luis. Libertad de amar y derecho a morir. 3ª Ed. Buenos Aires. Losada: 1942. p. 447.

⁷ IBID p. 448.

⁸ IBID p. 448.

⁹ IBID p. 338.

¹⁰ ANSUATEGUI, Francisco Javier. Problemas de la eutanasia. 1ª Ed. Madrid. Dykinson: 1999. p. 35.

que debe respetarse la autonomía de la voluntad de cada individuo. Consideran que en caso de enfermedades graves e irreversibles, el hombre tendría que poder elegir libremente, basándose en sus propias creencias, cuando terminar con su vida dignamente evitando sufrimientos innecesarios.

En el siglo IV a. C., el filósofo griego Platón (Atenas 427-347 a. C.) cuyo pensamiento era favorable a la eutanasia, sostuvo en la República lo siguiente: “establecerás en el Estado una disciplina y una jurisprudencia que se limite a atender a los ciudadanos sanos de cuerpo y de alma; a los que no estén sanos de cuerpo, déjeselos morir”.¹¹ Contemporáneamente, el filósofo griego Epicuro (Isla de Samos 341-270 a. C. Atenas) adoptaba una postura similar, pensaba que “debíamos hacer lo posible por que la vida no nos fuera odiosa; pero una vez que se nos hiciera insoportable debíamos terminarla”.¹²

Siguiendo esta línea de pensamientos, en el siglo I d. C., el filósofo, escritor y político romano Séneca (Córdoba, España 4 a. C.-65 d. C. Roma) estableció que “es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento”.¹³

Luego, en el siglo XVI las ideas a favor de la práctica eutanásica fueron defendidas por el teólogo, abogado, político y escritor inglés Tomás Moro (Londres 1478-1535) al describir en su famosa Utopía la forma de Estado ideal, manifestó que “quienes sufren de enfermedades curables deben ser tratados y asistidos; pero cuando la enfermedad, no sólo sea incurable, sino también terriblemente dolorosa, los jueces y los sacerdotes deben concederles la merced de la muerte”¹⁴; y también por el filósofo, político, abogado y escritor inglés Francis Bacon (Londres 1561-1626) quien afirmó que “la función de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas del dolor. Y esto

¹¹ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 13-14.

¹² JIMÉNEZ, ob. cit., p. 447.

¹³ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 14.

¹⁴ JIMÉNEZ, ob. cit., p. 448.

debe hacerse, no sólo cuando el alivio del dolor produzca la curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte”.¹⁵

Más cercano en el tiempo, en el siglo XX el jurista y político español Luis Jiménez de Asua (Madrid 1889-1970 Buenos Aires) entendía que la eutanasia es “la buena muerte que otro procura a una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa y la que tiende a truncar la agonía demasiado cruel o prolongada”.¹⁶ En esta misma época Peter Singer (Melbourne, Victoria, Australia 1946) filósofo utilitarista de derecho, declaró que la eutanasia “implica acabar con la vida de los que padecen enfermedades incurables, con gran dolor y angustia, por el bien de los que mueren y para ahorrarles más sufrimiento”.¹⁷

Por el contrario, entre los opositores de la eutanasia encontramos a Hipócrates¹⁸, San Agustín¹⁹, Immanuel Kant²⁰ y la Iglesia Católica²¹. Ellos entienden que la vida le es otorgada al hombre por Dios y por lo tanto, Este es el único que le puede poner fin a la misma. Asimismo establecen que, como todas las legislaciones protegen la vida, bajo ninguna circunstancia deben establecerse normas que permitan a un hombre terminar con la vida de otro porque esto significaría la legalización de una forma de homicidio.

En primer lugar, en el siglo IV a. C. Hipócrates (Isla Griega de Cos 460-377 a. C. Larissa, Grecia) médico de la antigua Grecia, en su juramento sostuvo lo siguiente: “jamás daré a nadie una medicina mortal por mucho que me la soliciten”.²²

Posteriormente, en el siglo IV d. C. San Agustín (Tagaste, provincia romana de Numidia 354-430 Hippo Regius) como obispo alegó que “los cristianos no tienen

¹⁵ IBID p. 448.

¹⁶ JIMÉNEZ, ob. cit., p. 338.

¹⁷ ANSUATEGUI, ob. cit., p. 35.

¹⁸ FRANCA, Omar. El morir y la eutanasia desde una perspectiva católica. 2ª Ed. Buenos Aires. Paulinas: 1992. p. 59.

¹⁹ SAN AGUSTIN. La ciudad de Dios. 1ª Ed. Buenos Aires. Poblet: 1945. p. 162.

²⁰ KANT, Immanuel. Crítica de la razón práctica. 1ª Ed. Buenos Aires. Losada: 2033. p. 144.

²¹ JUAN PABLO II. Encíclica Evangelium vitae. 1ª Ed. Buenos Aires. San Pablo Apostol: 1995. p. 133.

²² FRANCA, ob. cit., p. 59.

autoridad para cometer suicidio en ninguna circunstancia”.²³ Este pensamiento lo sostuvo en el siglo XVIII el filósofo alemán Immanuel Kant (Prusia 1724-1804) quien sostenía que “el hombre no puede tener la facultad de quitarse la vida”. Consideró que “el hombre no es libre para decidir sobre su propia vida, porque no se puede utilizar un principio como fundamento de la destrucción del mismo”.²⁴

Asimismo como representante de la Iglesia Católica a fines del siglo XX (1995) Juan Pablo II, en su encíclica “*evangelium vitae*” definió a la eutanasia “como un modo de adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin dulcemente a la propia vida o a la de otros”.²⁵ Sin embargo, debemos destacar que la Congregación para la Doctrina de la Fe, de la Iglesia Católica Romana, en su Declaración sobre la Eutanasia, que fue emitida en el año 1980 en Roma, con la aprobación del Pontífice Juan Pablo II, señaló que “ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por eso, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro”.²⁶

Nosotros adherimos a la doctrina que plantea que la eutanasia debe ser legal, ya que observamos que es necesaria una protección jurídica para los casos en que la eutanasia es una práctica viable. Por lo tanto, proponemos con esta normativa evitar sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de la vida de personas gravemente enfermas; asegurando además que el ejercicio de la eutanasia sea realizado con las debidas diligencias y garantías correspondientes.

²³ SAN AGUSTIN, ob. cit., p. 162.

²⁴ KANT, ob. cit., p. 144.

²⁵ JUAN PABLO II, ob. cit., p. 133.

²⁶ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre la Eutanasia (Roma, 5-5-80), Ediciones Trípede, Caracas, 1980, ps. 10-11.

4.-Introducción.

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro del área del derecho civil, derecho constitucional y del derecho penal.

El problema que se advierte es el de determinar de qué manera el derecho argentino podría evitar que los seres humanos agonicen prolongada e innecesariamente cuando ya no haya esperanza alguna de mejorar su vida.

Esta cuestión nos ha llevado a formular como hipótesis que es necesario que el legislador cree un régimen legal que permita que una persona pueda en determinadas ocasiones ser asistida a poner fin a su vida, que le posibilite morir con dignidad, en vez de sufrir una degradación insoportable.

Es inminente la legalización de la eutanasia ya que la elección de la forma de muerte pertenece a la autonomía individual de las personas.

Debe permitirse la eutanasia para evitar la prolongación de la vida de las personas gravemente enfermas y de esta manera no se aumentaría la angustia del enfermo terminal.

Asimismo, la eutanasia debe admitirse en situaciones de enfermedades o en los casos de incapacidades graves e irreversibles.

El objetivo de este trabajo consiste en demostrar que legalizando la eutanasia los seres humanos tendrán el derecho a morir con dignidad.

Describiremos cuáles son los inconvenientes de la inexistencia de una ley que permita a las personas poner fin a su vida.

Además, analizaremos qué derechos constitucionales se encuentran relacionados con la cuestión a tratar.

Por último, investigaremos de qué manera ha sido regulada la eutanasia en la legislación comparada.

Para la realización de este trabajo realizaremos una investigación documental.

Estudiaremos la doctrina especializada en la materia y descubriremos como se ha pronunciado, en lo relativo a la eutanasia, la jurisprudencia en el Derecho Comparado.

Capítulo I

NOCIONES GENERALES SOBRE EUTANASIA.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Eutanasia, concepto. 3. Distintas clasificaciones de la eutanasia. 3.1 Eutanasia colectivista e individual. 3.2 Eutanasia activa y omosiva. 3.3 Eutanasia voluntaria e involuntaria. 3.4 Eutanasia directa e indirecta. 3.5 Eutanasia suicida y homicida. 3.6 Eutanasia solutiva y resolutive. 3.7 Eutanasia en sentido estricto y en sentido amplio. 4. Requisitos que debe reunir el acto eutanásico. 5. Breve referencia histórica. 6. Situaciones diferentes de la eutanasia. 6.1 Distanasia. 6.2 Ortotanasia. 7. Derecho a morir con dignidad. 7.1 El delito de abandono de persona. 8. Los cuidados paliativos. 8.1 Documentos que hacen mención a los cuidados paliativos. 9. La situación de las personas que se encuentran en estado vegetativo persistente. 9.1 Conducta a asumir en el supuesto de las personas en estado vegetativo persistente. 10. El consentimiento informado. 10.1 Los menores de edad. 10.2 Formalidad para expresar el consentimiento informado. 10.3 Posibilidad de revocar el consentimiento prestado. 11. El testamento vital. 11.1 Forma de otorgar las directivas previas. 11.2 Objetivos del testamento vital. 11.3 El tiempo de validez y la revocación de las directivas previas. 11.4 Responsabilidad por la inobservancia de las directivas previas. 12. La autonomía individual. 13. Conclusión.

1. Introducción.

En el presente capítulo introduciremos al lector en el estudio de la eutanasia. Expondremos conceptos generales, para situar en el tema a quien lee el siguiente trabajo.

Al comienzo del capítulo desarrollaremos el concepto, la clasificación y los requisitos que debe reunir el acto eutanásico. Seguidamente describiremos una breve evolución para poder visualizarlo desde una perspectiva histórico-social.

A posteriori diferenciaremos a la eutanasia de la distanasia y la ortotanasia.

Luego analizaremos el derecho a morir con dignidad, los cuidados paliativos, el supuesto de personas en estado vegetativo persistente, el consentimiento informado y el testamento vital; además trataremos la autonomía individual de los pacientes.

Al finalizar el capítulo quedará demostrado el primer punto de hipótesis, que plantea la necesidad de legalizar la eutanasia, ya que la elección de la forma de muerte pertenece a la autonomía individual de las personas.

Para la realización del presente capítulo analizaremos la legislación comparada en materia de eutanasia y estudiaremos la doctrina especializada en el tema.

2. Concepto.

La palabra eutanasia “proviene del griego, y etimológicamente significa eu: buena y thanatos: muerte”.¹ A partir de esta definición se esbozaron otras derivaciones conceptuales como: muerte dulce, muerte digna, muerte sin dolor o sin sufrimiento.

Ahora bien, es necesario determinar un concepto preciso y exacto de eutanasia. La doctrina aporta numerosas conceptualizaciones de que se entiende por eutanasia, haremos mención de algunas definiciones que brindan los autores y luego propondremos una propia.

Declara el Científico Español y Experto en Bioética, Javier Gafo, que la eutanasia es “la terminación deliberada y sin dolor de la vida de una persona afectada por una enfermedad incurable y progresiva que conduce inexorablemente a la muerte”.²

Por su parte, Rafael Muñoz Garrido, Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca y Presidente de la Comisión Central de Deontológica Médica de la Organización Médica Colegial de España, señala que la eutanasia “es la conducta propia o ajena, solicitada o ignorada, que origina la muerte de persona portadora de graves e incurable minusvalía, enfermedad o deterioro corporal para terminar con el dolor insoportable o porque se estima que ello no hace posible la pervivencia en condiciones humanas”.³

A su vez, el Abogado, Presidente de la Comisión de Derecho Médico y Bioética del Colegio de Abogados de Santa Fe y Secretario de la Comisión del Derecho de la Salud de la Federación Argentina del Colegio de Abogados, Luis Guillermo Blanco define a la eutanasia como “la acción médica con la cual se pone fin en forma directa a la vida de un enfermo próximo a la muerte y que así lo solicita, para lograr de este modo dar término a los sufrimientos de su agonía”.⁴

En cuanto al Abogado Penalista y Profesor en varias Universidades de Buenos Aires, Jorge Kiper, sostiene que la eutanasia es “la muerte por piedad ante una enfermedad terminal o irreversible prolongada y dolorosa”.⁵

Para el Doctor en Derecho, Juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Martín Diego Farrell, la eutanasia consiste en “privar de su vida a otra persona sin sufrimiento físico, a su requerimiento, o al menos con su consentimiento, y en su interés”.⁶

Claus Roxin, Abogado Penalista y Jurista Alemán, manifiesta que la eutanasia radica en “la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo

menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia con sus propias convicciones”.⁷

Asimismo, Miguel Ángel Núñez Paz, Profesor de Derecho Penal y Criminología de Salamanca, establece que la eutanasia son “aquellos comportamientos que suponen la privación de la vida de una persona o la anticipación o no aplazamiento de su muerte, por motivos humanitarios y a petición o requerimiento de aquella que sufre una enfermedad terminal incurable, lesión o invalidez irreversible que le ocasiona graves e insoportables sufrimientos y que afectan a su calidad de vida”.⁸

Graciela Medina, Abogada, Doctora en Ciencias Jurídicas y Sociales por la Universidad de Mendoza, Juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, entiende por eutanasia “el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de enfermedad terminal, como así también la negativa a recibir tratamientos médicos o terapéuticos que prolonguen la vida”.⁹

Si bien los conceptos que otorga la doctrina no son todos iguales, llegamos a la conclusión que estos se asemejan en los aspectos más importantes. Todos coinciden en que la eutanasia es una forma de:

- Poner término a la vida,
- sin sufrimientos,
- de una persona que padece una enfermedad incurable,
- prestando el enfermo su consentimiento.

Luego de analizar las definiciones doctrinarias, entendemos que la eutanasia consiste en provocar la muerte, a través de distintos actos médicos, a pacientes que padecen una enfermedad incurable y están condenados a una vida irreversiblemente dolorosa, con el fin de librar a esas personas del sufrimiento excesivo e innecesario.

A continuación diferenciaremos los distintos tipos de eutanasia.

3. Clasificación.

La eutanasia se clasifica de la siguiente manera:

3.1 Colectivista e individual.

Para Ferrando Mantovani¹⁰, Abogado y Catedrático de Derecho Penal en la Universidad de Florencia, la eutanasia se divide en eutanasia colectivista que “está orientada al logro de una utilidad público-colectiva, no consentida y a gran escala”,¹¹ y en eutanasia individual, también llamada piadosa o compasiva que “se fundamenta en un estado de piedad por el particular estado en el que se encuentra sumida la víctima, y que posee un carácter individual, pudiendo la misma ser consentida o no, de acuerdo a la voluntad de aquélla”.¹²

3.2 Activa y pasiva.

La eutanasia activa, es aquella en la que “existe una acción positiva tendiente a producir la muerte”.¹³ Es decir que, “consiste en la acción que se pone en movimiento con la finalidad de causar la muerte de otra persona”.¹⁴

En otras palabras, la eutanasia activa “implica el obrar de un modo considerado más directo, tal como administrar una droga letal”.¹⁵

Por otro lado, Diego Gracia Guillén, Médico y Filósofo de la ciudad de Madrid, reconocido como una Autoridad Mundial en Bioética, ha dicho que la eutanasia activa consiste en “el hecho de provocar voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno bajo los supuestos de autonomía, desarrollo de la personalidad y consentimiento libre y voluntario de los pacientes”.¹⁶

En cambio, la eutanasia pasiva, se concreta en “la omisión del empleo, en el supuesto de una enfermedad de pronóstico infausto, de un tratamiento de mantenimiento artificial, extraordinario y no curativo”.¹⁷ Dicho de otro modo, la

eutanasia pasiva “implica dar por terminados cualesquiera medios excepcionales empleados para seguir manteniendo la vida de la persona”.¹⁸

3.3 Voluntaria e involuntaria.

La eutanasia voluntaria, se produce cuando “el paciente acepta que se le suspendan los tratamientos terapéuticos que prolongan su vida y/o solicita que se le suministren medicamentos que le produzcan la muerte”.¹⁹

La eutanasia involuntaria, se presenta cuando “la práctica se realiza contra la voluntad de la persona, o sin que la misma haya expresado su voluntad, la que generalmente es reemplazada por la decisión de sus familiares o de los médicos que la atienden”.²⁰

3.4 Directa e indirecta.

La eutanasia directa, consiste en “provocar la muerte del paciente en el momento en que lo solicita”.²¹

En la eutanasia indirecta, “la actividad se dirige a paliar los dolores causados por una enfermedad con el efecto secundario de acortar la vida de una persona, con su consentimiento y en el supuesto de una enfermedad de pronóstico infausto, irreversible y doloroso”.²²

3.5 Suicida y homicida.

La eutanasia suicida, es cuando “el propio paciente quien, estando en condiciones físicas de hacerlo y actuando bajo su propia responsabilidad, recurre a medios letales para suprimir su vida, los que son proporcionados por el médico”.²³

La eutanasia homicida, es aquella en que “una persona provoca en forma voluntaria la muerte ajena, sea con o sin la conformidad de esta última, en razón de un acto que afirma ser piadoso, para evitar el sufrimiento de aquel a quien se elimina”.²⁴

3.6 Solutiva y resolutive.

La eutanasia solutiva, se determina por “el auxilio en el morir, desprovisto de todo efecto de abreviación de la vida. Sería mitigar el sufrimiento por medio de calmantes que no incidan en la duración de la misma, controlar los sofocones o espasmos, asistir psicológica y/o espiritualmente al anciano o al enfermo”.²⁵

La eutanasia resolutive, está caracterizada por “incidir en la duración del plazo de la vida, ya sea reduciéndolo o suprimiéndolo, en interés del enfermo o anciano y con su previo y autodeterminado consentimiento, o el de sus representantes legales”.²⁶

3.7 En sentido estricto y en sentido amplio.

La eutanasia en sentido estricto, existe cuando “la ayuda a morir es suministrada después de que el suceso mortal haya comenzado, por lo que la muerte está próxima, con o sin esa ayuda”.²⁷

En cambio, en sentido amplio sería cuando “alguien colabora a la muerte de una persona que, en realidad, todavía podría vivir por más tiempo, pero que quiere poner fin real o presuntamente a una vida que por causa de una enfermedad, le resulta insoportable”.²⁸

Seguidamente haremos mención de los distintos requisitos que son necesarios para llevar a cabo el acto eutanásico.

4. Requisitos que debe reunir el acto eutanásico.

De lo expuesto precedentemente surge la necesidad, para que el acto eutanásico produzca efectos jurídicos, de agrupar los siguientes requisitos: que la persona se encuentre afectada de una enfermedad irreversiblemente letal, que le produzca sufrimientos inaguantables y muy difíciles de soportar; también es necesario que el enfermo manifieste su consentimiento en forma voluntaria y libre para que se le de muerte; asimismo se requiere que en el acto participen el médico, en el ejercicio de su profesión y el paciente, y aquellos que ayudan o facilitan la labor del profesional; por

último debemos mencionar que la finalidad que tendrá la práctica de la eutanasia será la de poner fin a esas agonías y dolores innecesarios.

Será necesario determinar en cada caso en particular, si se reúnen los requisitos mencionados para ver si se genera o no el derecho a solicitar la eutanasia.

Para Luis Fernando Niño, Abogado, Licenciado en Criminología, Doctor en Derecho, Profesor en Posgrado de Derecho Penal y Procesal Penal en las Universidades de Buenos Aires, Lomas de Zamora y Belgrano en la República Argentina y Juez de Cámara de los Tribunales Orales en lo Criminal del Poder Judicial de la Nación, el acto eutanásico implica “mitigar los sufrimientos del paciente mediante la aplicación de calmantes que no inciden en la duración de la vida, o, entre otros, el de asistir psicológica o espiritualmente al mismo, o sea, los actos consistentes en hacer mas tolerable el trance hacia la muerte”.²⁹

A posteriori desarrollaremos una breve evolución histórica de la eutanasia.

5. Breve referencia histórica.

En tiempos antiguos, se realizaban distintos procedimientos eutanásicos, que consistían en dejar morir o en provocarle la muerte, a las personas que se encontraban enfermas o incapacitadas, y también a los ancianos que estaban cansados de vivir.

En Grecia, la eutanasia no generaba discusión alguna, ya que allí se sostenía que si no se gozaba de una buena vida, esta no era digna de ser vivida. Aparecían como principales filósofos Platón, Plinio, Esculapio y Epicuro, quienes sostenían lo antes dicho; el único que se opuso fue Hipócrates, que en su juramente hipocrático afirmaba que se debía evitar la muerte, aun cuando ésta fuera solicitada.

Asimismo, en Roma se consideraba a la eutanasia como una forma de morir de manera tranquila, sin padecer sufrimiento alguno. Se hace necesario aquí, mencionar que durante la época del Imperio Romano, el Emperador Octavio Augusto solicitaba a

los dioses una eutanasia o una muerte suave para las personas que pedían morir sin dolor.

En Egipto, Cleopatra y Marco Antonio fundaron una Academia, en la cual se hacían distintas experiencias sobre los medios de morir sin tantas angustias y tormentos.

Por otro lado, en América Latina había una costumbre criolla, que se realizaba entre los habitantes del campo; esta aunque era ilegal, en la población rural era muy común y consistía en “despenar” (término utilizado en esa época) a los moribundos que por causa de accidentes o por otros motivos sufrían grandes dolores.

También era costumbre en tiempos pasados, la de dar muerte por misericordia a los que eran heridos gravemente en combate, de manera de acabar prontamente con sus dolores y agonías.

En la Edad Media, predominaban las ideas de la Iglesia Católica que eran en contra de la eutanasia por considerarla una práctica inmoral. Establecía que los seres humanos tenían la obligación de respetar sus vidas como regalo que le fue dado por Dios, sin tener derecho alguno a decidir que hacer con ella.

Luego a inicios del siglo XX, durante el primer conflicto bélico mundial, el régimen nazi, debido a la gran escasez económica, realizaba propagandas a favor de la eutanasia para convencer a la sociedad que era necesario eliminar a los enfermos, argumentando que las vidas de dichas personas eran indignas y debía tenerseles piedad.

Actualmente, son varias las posturas que se adoptan respecto a la práctica de la eutanasia en el mundo; si bien en la gran mayoría de los países sigue siendo ilegal, en Bélgica y Holanda la misma fue legalizada y en muchos otros se han presentado proyectos de leyes que están siendo tratados en los distintos congresos.

En el punto siguiente, expondremos situaciones distintas a la eutanasia, pero que también están relacionadas con la prolongación o el acortamiento de la vida.

6. Situaciones diferentes de la eutanasia.

Entre la eutanasia, la distanasia y la ortotanasia existen diferencias; por lo que se hace necesario distinguirlas debido a las distintas consecuencias que pueden derivar según el tipo de práctica que se efectúe con los seres humanos.

6.1 Distanasia.

La distanasia significa “dis: malo y thanatos: muerte, y consiste en el alargamiento en forma innecesaria y artificial de la vida de una persona”.³⁰

Por su parte, el Abogado, Director y Profesor de la Maestría en Bioética Jurídica y de Filosofía del Derecho en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de la Plata, Eduardo Luis Tinant, señala que la distanasia es “la prolongación exagerada del proceso de morir de un paciente, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios o desproporcionados, que linda con el ensañamiento o encarnizamiento terapéutico”.³¹

Asimismo, el Médico Español Tarquis Pedro Alfonso, sostiene que la distanasia es “la obcecación por salvar la vida al enfermo utilizando todo el arsenal médico del que se disponga, aunque las posibilidades de sobrevivir sean nulas, y se esté manipulando el cuerpo del enfermo hasta límites insospechados antes del tratamiento”.³²

Por lo expresado, podemos establecer que la distanasia conduce a lo que se llama encarnizamiento terapéutico, que implica la utilización obsesiva, desproporcionada y carente de sentido de los medios tecnológicos en los tratamientos médicos, utilizados para la prolongación artificial de la vida de los murientes; lo que lleva muchas veces a que los enfermos sufran inútilmente, padezcan dolores inhumanos y degradantes, convirtiéndose la vida en un cruel martirio para ellos. Incluso podemos afirmar que esta práctica es antijurídica.

Se aplica para retardar inútilmente la muerte, agrediendo de esta manera el derecho a morir con dignidad, del que debería gozar todo ser humano; también con su

ejercicio se priva a los pacientes de poder estar con sus seres más queridos, que son lo necesario para transitar de la mejor manera posible el estado irreversible en el que se encuentran.

Todo esto se debe, a nuestro entender, en el temor que tienen los profesionales de la medicina, porque piensan que si no aplican todos los medios posibles para mantener la vida de sus pacientes, puedan ser juzgados por mala praxis; lo que los lleva al ejercicio de procedimientos fútiles que conducen únicamente al alargamiento de la vida de pacientes que se encuentran padeciendo una enfermedad terminal.

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe deja en claro “la licitud moral de la no aplicación de medios desproporcionados para prolongar biológicamente la vida, cuando lo único que se logra con ello es, en definitiva, una prolongación de la agonía”; y que “es muy importante proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo”.³³

Además, en la Carta de los Agentes de la Salud, dada por Juan Pablo II, se establece que la obstinación terapéutica consiste “en el uso de medios particularmente extenuantes y pesantes para el enfermo, condenándolo de hecho a una agonía prolongada artificialmente”.³⁴

A su vez, el Catecismo de la Iglesia Católica afirma que “la interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligroso, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el encarnizamiento terapéutico. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla”.³⁵

6.2 Ortotanasia.

La ortotanasia significa “orthos: recta o correcta y thanatos: muerte, entendida como muerte a su debido tiempo”.³⁶

Para Luis Tinant, la ortotanasia es “la muerte correcta o en el momento oportuno, mediante la abstención, supresión o limitación de todo tratamiento fútil, extraordinario o desproporcionado, ante la inminencia de la muerte del paciente”.³⁷

Graciela Medina, entiende que la ortotanasia “permite al paciente con una enfermedad terminal morir lo mas confortable y naturalmente posible y autoriza a los médicos a prescindir de procedimientos o medicaciones desproporcionadas e inútiles que prologuen la agonía”.³⁸

La Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, dice al respecto que “tanto para iniciar, como para discontinuar un tratamiento cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos, debe tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos que sean competentes, que puedan juzgar si el empleo de instrumentos y de personal es desproporcionado con relación a los resultados previsibles, siendo siempre justo contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer, ya que no puede imponerse a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o sea demasiado costosa”.³⁹

Con respecto a los tratamientos extraordinarios anteriormente mencionados, son aquellos que no son de uso común en la práctica médica y además generan grandes costos para los pacientes y/o sus familiares. La aplicación de los mismos sirve para prolongar el proceso de muerte de aquellos que padecen una enfermedad terminal. Por el contrario, los tratamientos ordinarios son los utilizados habitualmente por los médicos para asistir a sus pacientes, los mismos se aplican de manera obligatoria, sin que ello implique mayores gastos, ni generen dolores o sufrimientos excesivos e innecesarios.

Luego analizaremos el derecho a morir con dignidad.

7. El derecho a morir con dignidad.

Debemos hacer mención, de lo que opinan, sobre el derecho a morir con dignidad, los diversos autores.

Según Etienne Montero, Abogado y Profesor en la Universidad de Derecho en Namu, Bélgica, el morir con dignidad implica “mantener un diálogo abierto y una relación de confianza con el equipo médico, respetar la libertad de conciencia del paciente, conocer éste en todo momento la verdad sobre su estado de salud, no sufrir en forma innecesaria, beneficiarse de las técnicas médicas que alivian su dolor, decidir sobre su propio destino, aceptar o rechazar intervenciones quirúrgicas y remedios excepcionales o desproporcionados”.⁴⁰

Para Javier Gafo, el derecho a morir con dignidad se ha convertido en un “slogan de oposición a las tecnologías que prolongan abusivamente la vida, cuando una persona ya no puede controlar su existencia”.⁴¹

Asimismo, Luis Guillermo Blanco afirma que la expresión derecho a morir con dignidad “solo es susceptible de ser empleada con relación a los enfermos de carácter terminal y, por tanto, de aquellos cuya muerte es irreversible, y no con respecto a quienes eluden o se niegan a la aplicación de tratamientos de carácter ordinario susceptibles de lograr su curación”.⁴²

Por su parte, el Licenciado en Derecho y Profesor de Filosofía del Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona Víctor Méndez Baiges, considera que el derecho a morir con dignidad “se constituye en un conjunto de facultades que debe estar legalmente reconocido y que garantizan a esa persona un ámbito de decisión propio con relación al proceso de morir, lo que le permite manejar sin injerencias al menos una parte de su muerte, siendo el objetivo el de evitar que la misma sea un objeto pasivo en manos de su familia, de la técnica o de los especialistas”⁴³. También establece que “un derecho que garantiza la libertad y el libre desarrollo de la personalidad, la

libertad ideológica y religiosa, la dignidad, la intimidad personal o el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes en el proceso de morir, no puede considerarse contrario a los principios de la justicia ni ajeno a los preceptos constitucionales que dan forma a la tradición occidental”.⁴⁴

Bien podemos decir, que el derecho a morir con dignidad, significa el morir sin dolores y de manera tranquila; a través de los distintos analgésicos que se suministran a los pacientes, que se encuentran en una fase terminal de su vida, para que ellos puedan estar en paz consigo mismo, evitándoles así todo tipo de sufrimientos posibles. No obstante, no se debe dar primacía a los tratamientos médicos, por sobre la dignidad de las personas, ya que los procedimientos extraordinarios implican que los enfermos tengan que soportar padecimientos tan grandes, deplorables e inhumanos de manera inútil, porque no logran que cure su enfermedad; solo les alargan la vida de manera artificial, y en muchos casos se les aplican aún en contra de su voluntad.

Debemos saber, que lo importante es que se reconozca a cada persona, la libertad de elegir haciendo uso de su plena capacidad o mediante un testamento vital previo, cuando poner fin a su vida.

Como bien dice López Azpitarte, Licenciado en Filosofía en Madrid “hay que aprender a dejar morir en paz, sin que ese momento se dificulte aun más con métodos y actuaciones que no tiene ya ningún sentido terapéutico; el derecho a morir con dignidad se defiende hoy como uno más de los que el hombre puede exigir”.⁴⁵

7.1 El delito de abandono de persona.

El delito de abandono de persona, se encuentra legislados en el Art. 106 del código penal, el cual establece que “el que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que debe mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años. La pena será de reclusión o

prisión de 3 a 10 años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, al pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión”.⁴⁶

Ahora bien, si un paciente que se encuentra afectado de una enfermedad terminal solicita al médico que lo asiste, a que no le aplique o deje de aplicarle los procedimientos extraordinarios y éste cumple con ello, no estaría cometiendo el delito contemplado en el artículo antes mencionado; debido a que el profesional, en este caso, discontinúa o bien no utiliza los tratamientos que son inútiles para lograr la curación del enfermo y que solo le prolongan la vida de manera artificial.

Bien podemos decir que, contrariamente a las conductas tipificadas en la norma, el enfermo no se encuentra desamparado o abandonado ya que se le siguen prestando los cuidados terapéuticos ordinarios y los cuidados paliativos que sean necesarios para él.

Tampoco es el profesional el que incapacita al muriente, dado que el mismo se encuentra en esa situación debido a su enfermedad y no por habersele retirado o no aplicado el tratamiento que resulta ineficaz para su salvación.

La vida o la salud de las personas gravemente enfermas no se encuentran en riesgo por las actitudes del médico, que deja de aplicarles los procedimientos extraordinarios considerados desproporcionados con relación al estado del paciente y que solo le causan padecimientos insoportables e innecesarios, sino que la muerte se produce como consecuencia de su estado de salud.

A continuación trataremos los cuidados paliativos.

8. Los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos, pueden ser definidos como “un cuidado total y continuado del paciente y su familia por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prolongar la

supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y, en su caso, espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse también al proceso del duelo”.⁴⁷

Para la Organización Mundial de la Salud, los cuidados paliativos son “los cuidados activos y totales de las enfermedades que no tiene respuesta al tratamiento curativo, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible, controlando los síntomas físicos, psicológicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.⁴⁸

Por consiguiente, resulta importante establecer que tanto la eutanasia como los cuidados paliativos son complementarios; en rigor se hace necesario para el paciente que se encuentre con una enfermedad terminal que se le alivien los dolores físicos y se le controlen los problemas psicológicos, espirituales y sociales, para mejorar su calidad de vida, a través del suministro de distintos analgésicos, ansiolíticos y demás medicamentos; haciéndole de esta manera mas llevadera su enfermedad, cuando la medicina ya no tenga posibilidades de curar; independientemente del efecto secundario que ciertos analgésicos tengan respecto al acortamiento de la vida.

De esta manera, se evita que los pacientes, que se encuentran en la fase final de su vida, sean manipulados con los llamados tratamientos extraordinarios que resultan ser fútiles en los individuos con enfermedades incurables, respetándose así la dignidad de las personas moribundas.

Asimismo, los enfermos tienen la posibilidad de estar rodeadas de sus seres queridos que les brindan contención y amor, como también de un equipo de profesionales que los atienden en las áreas asistenciales de los diversos centros de salud, existentes actualmente en nuestro país.

Como bien afirma Luis Guillermo Blanco, con los cuidados paliativos “no se trata de acelerar ni de retrasar la muerte, sino de otorgarle la mejor calidad de vida posible, incluyendo dentro de ese trato a la familia del enfermo”.⁴⁹

8.1 Documentos que hacen mención a los cuidados paliativos.

Con respecto al tema en cuestión, encontramos que en la Encíclica *Evangelium vitae*, se señala, que los cuidados paliativos están “destinados a hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado”.⁵⁰

Por su parte, en la Declaración de Pamplona de la Organización Médica Colegial sobre la Medicina y el final de la vida, se afirma que “todo enfermo desahuciado tiene derecho a un exquisito cuidado de su calidad de muerte”.⁵¹

Debemos mencionar también, el Código de Ética y Deontología Médica español que establece que “en caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre”.⁵²

Por último, La Sociedad Española de Cuidados Paliativos pone de relieve “la necesidad de impulsar la divulgación social de los cuidados paliativos y de la solidaridad con el que sufre, como seña de identidad de la calidad moral de una sociedad”.⁵³

Seguidamente analizaremos el supuesto de personas en estado vegetativo persistente.

9. La situación de las personas que se encuentran en estado vegetativo persistente.

Para Eduardo Luis Tinant, “el estado vegetativo persistente en que se encuentran determinados pacientes, consiste en una condición clínica caracterizada por inconsciencia completa de sí mismo y del medio ambiente, con incapacidad para interactuar con otros y para responder adecuadamente a estímulos visuales, auditivos, táctiles o dolorosos, cuadro que, excluye la posibilidad de la percepción de dolor, hambre, sed y sufrimiento en general”.⁵⁴

No obstante, el Presidente de la Federación Mundial de Asociaciones Médicas Católicas Gian Luigi Gigli, señaló al respecto que, cuando una persona se encuentra en estado vegetativo tiene una percepción del dolor, ya que se constató mediante estudios, la persistencia de procesos rudimentarios de reconocimiento y discriminación de los estímulos.⁵⁵

Asimismo, el Dr. William Sullivan, Fundador y Director del Instituto Católico Canadiense de Bioética, dijo que, en las personas que se encuentran en estado vegetativo persistente o en pacientes que no tiene capacidad de reacción, los niveles de percepción consciente son bajos, pero no se conoce si ello significa que hay un daño global en las neuronas del cerebro, o solo en algunas regiones vitales del mismo y en las conexiones entre ellas. Por lo que para él, la ciencia médica no puede excluir definitivamente la presencia de una vida espiritual en las personas que se encuentran en los estados anteriormente mencionados, en los cuales todavía se dan signos de alguna actividad cerebral.⁵⁶

Quienes se encuentran en el estado al que estamos haciendo referencia, son personas cuyo cerebro se encuentra funcionando, de lo contrario, si se le diagnostica la muerte cerebral debe tenerse a la persona por muerta, surgiendo en consecuencia la obligación de culminar con toda actividad terapéutica, teniendo como objetivo la de

evitar que el paciente se vea degradado, protegiendo de esta manera el principio personalista de salvaguarda de la dignidad humana; salvo cuando se trate de una mujer que esta embarazada para proteger al feto o en los casos que se quiera preservar los órganos para luego transplantarlos. En la mayoría de los pacientes que se encuentran en estado vegetativo se produce la muerte de su corteza cerebral, que es la sede de la personalidad y el vértice de la actividad consciente pero, sin embargo, tienen actividad respiratoria y cardiovascular espontánea, lo que se produce en aquellos que han sufrido graves lesiones cerebrales; diferente es el supuesto de aquellos que sufren una muerte cerebral, situación en la cual ha dejado de funcionar el sistema nervioso central, regulador de las funciones corporales, debiendo tenerse por muertas.

Miguel Ángel Núñez Paz, afirma que “en el caso de las personas que se encuentran en estado vegetativo no existe un deber jurídico de agotar todas las posibilidades técnicas de mantenimiento de la vida, por lo que el médico no se encuentra obligado a retrasar arbitrariamente el momento de la muerte, prolongando en forma artificial la agonía de una vida artificial o inconsciente carente de esperanza, mediante medios extraordinarios y métodos artificiales, y que en los casos en que existe un coma irreversible, en que el ser humano esta privado de cualquier posibilidad de conciencia y autorrealización, habiendo perdido la capacidad de juicio, el médico tiene la obligación o el deber de interrumpir el tratamiento, ya que el mismo no estaría obligado a mantener la vida”.⁵⁷

Nosotros consideramos, que los médicos no tiene la obligación de aplicar los métodos extraordinarios o desproporcionados (medios de respiración asistida, aplicación de tecnología para continuar la circulación sanguínea, medicación vasopresora) para mantener a sus pacientes con vida, pero si deben continuar proporcionándoles los medios de carácter ordinarios (la nutrición y la hidratación), que salvo en el supuesto de muerte cerebral siempre deben continuar prestándose. El tomar

una decisión respecto a los métodos de soporte vital en estos casos críticos tiene por finalidad establecer un límite a la asistencia médica.

Por otra parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos y numerosos tratados, pactos y declaraciones internacionales posteriores a ella, reconocen al ser humano el derecho a decidir sobre su vida, su salud, y su propia muerte, en forma personal. Esta normativa internacional ha sido incorporada en nuestra Constitución Nacional en el art. 75, inc. 22⁵⁸ por la reforma del año 1994 con carácter de derecho supranacional. Asimismo, el Pacto de San José de Costa Rica⁵⁹ garantiza en su art. 5 inc 1º: el derecho a la integridad física, psíquica y moral; inc 2º: la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes; art. 11: contempla la protección de la honra y la dignidad; art. 12: consigna la libertad de conciencia y religión. Sin embargo, las disposiciones de algunas normas de nuestro Código Penal resultan incompatibles no solo con aquellas normas internacionales sino también con expresas disposiciones de la Constitución que, en sus arts. 14, 19 y concordantes,⁶⁰ defienden firmemente, la libertad, la privacidad y la dignidad de las personas. Ello nos lleva a pensar en la posibilidad de darle una respuesta afirmativa a quien desea morir, antes que afrontar el paulatino deterioro de su cuerpo, manteniendo una vida que le resulta insoportable, acosado por sufrimientos físicos, dado que el tema involucra simultáneamente la voluntad, la libertad, la autonomía y la privacidad del paciente.

La situación a la que hacemos referencia, involucra tanto al paciente terminal, como a otros pacientes irrecuperables, afectados por incapacidades y privaciones graves y permanentes que atentan contra su calidad de vida y su dignidad.

Hoy en día, los acuerdos morales de la sociedad son imprescindibles para fundamentar el derecho, ya que el mismo no emana de una divinidad sino de la conciencia colectiva, con convicciones generalizadas, a la que en definitiva le serán aplicadas dichas normas.

Debemos destacar, que en nuestro país, el Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva aconseja plantear la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital frente a las siguientes situaciones:

- a. Cuando se conozca la voluntad del paciente en forma fehaciente, respecto de sus deseos en caso de encontrarse padeciendo una enfermedad crónica preexistente.
- b. Cuando no se hayan obtenido los resultados buscados y existan eventos que hagan presumir que no se obtendrán tampoco en el futuro.
- c. Cuando los dolores no se puedan evitar y sean desproporcionados al beneficio médico esperado.
- d. Cuando el cuadro clínico sea irreversible y se estime que la utilización excesiva de procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.
- e. Cuando solamente se trate de mantener y prolongar un estado de inconsciencia permanente e irreversible.⁶¹

9.1 Conducta a asumir en el supuesto de las personas en estado vegetativo persistente.

Cuando una persona se encuentra en estado vegetativo, sin posibilidad según los facultativos de la medicina, de recuperar la conciencia, creemos que se debería discontinuar con la aplicación de los métodos desproporcionados o extraordinarios que le prolongan la vida inútilmente. Dicha solución, que mencionamos, es concomitante con la Declaración de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la eutanasia, que afirmó que, si los tratamientos que prolongan la vida no conducen a la recuperación del paciente o le imponen sufrimientos, o gastos excesivos para la familia, sería éticamente justificable su discontinuación.⁶²

Si bien la Declaración requiere la existencia de sufrimientos desproporcionados en el paciente, causados por los tratamientos; esto no se da en el supuesto de las personas en estado vegetativo, pero en ambas hipótesis los tratamientos son inútiles para la recuperación del paciente.

A posteriori desarrollaremos todo lo relativo al consentimiento informado.

10. El consentimiento informado.

El consentimiento informado, “consiste en una declaración de voluntad efectuada por un paciente, por la cual éste decide prestar su conformidad y someterse a un procedimiento médico invasivo o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, que se le propone como médicamente aconsejable, luego de habersele suministrado información adecuada y suficiente acerca del procedimiento en cuestión”.⁶³

Todos los pacientes tienen derecho a que se le brinde una información clara y veraz, sin errores, engaños u ocultamientos, sobre su estado de salud, los procedimientos a aplicarle, con sus beneficios y posibles riesgos, como así también, en los casos en que fuese posible, se le debe informar sobre las terapias alternativas existentes, ya que es él quien sufrirá las consecuencias y quien debe soportar los gastos de dicho tratamiento. Es necesario que el paciente que tiene una enfermedad o incapacidad grave e irreversible, comprenda la información adecuadamente y sea competente para tomar una decisión al respecto. Además el médico debe darle una información idónea sobre su enfermedad, teniendo en cuenta su nivel cultural, su capacidad de entendimiento y el perjuicio psicológico que le pueda causar.

Asimismo, los pacientes tienen el derecho a decidir, si continúan con el tratamiento médico propuesto, o a que se le aplique uno distinto; incluso tienen la posibilidad de tomar la decisión de evitar que le coloquen los tratamientos extraordinarios en caso de padecer una enfermedad incurable y progresivamente letal. Por lo tanto el profesional que lo asiste no puede imponerle en forma arbitraria o

coactivamente el procedimiento o terapia que él considera que es la más conveniente, es decir que, sin la autorización del enfermo el médico no puede actuar; salvo, en los casos de urgencia, cuando el enfermo se encuentra en un estado de inconciencia o carece de capacidad para consentir y no hay en el lugar representantes legales o parientes que puedan autorizar al profesional a que realice su labor y la vida del paciente se halla en peligro si el médico no actúa inmediatamente.

De acuerdo a la información que se le dio, el paciente tiene que poder elegir libre y personalmente y no ser sometido a decisiones que otros han tomado por él. La libertad es un bien inviolable que se encuentra tutelado en la Constitución Nacional, que en su Art. 19 establece: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.⁶⁴

Eduardo Luís Tinant, afirma que “en ningún caso puede imponerse a una persona un determinado procedimiento terapéutico, ni siquiera cuando ello sea para la prolongación de la vida del enfermo, puesto que dejarse morir por causa de una enfermedad natural, no es equiparable al suicidio, teniendo derecho el individuo a optar de una forma libre, pues se halla en juego el derecho a la vida privada y las creencias religiosas, y eventualmente, el derecho a una muerte digna”.⁶⁵

Alfredo Lemon, Abogado y Profesor de Filosofía en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Córdoba Argentina, considera que “quien se niega a una terapia y con el rechaza solo arriesga su propia salud, su propia vida, sus propios bienes, y en nada compromete a otros, merece que su decisión se respete y es inconstitucional que se lo coaccione hasta el extremo de forzarle una ayuda”.⁶⁶

Para Isabel Pincemin, Médica Coordinadora del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas José de San Martín de Buenos Aires y Doctora en

Filosofía, “el paciente tiene derecho a conocer su diagnóstico y su pronóstico; y que el conocimiento de lo que le ocurre permite al enfermo una mayor autonomía y la posibilidad de tomar decisiones en los últimos momentos de su vida, disminuyendo sus incertidumbres y temores y ahondando en el sentido de este acontecimiento”.⁶⁷

En la Declaración sobre Eutanasia de la Congregación de la Doctrina de la Fe se dice que “ante la inminencia de la muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícita en conciencia la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia”.⁶⁸

Por otro lado, es importante resaltar que en los casos en los cuales un paciente o sus derechohabientes demandaren al médico por algún perjuicio sufrido por causa del procedimiento médico realizado, el consentimiento informado serviría como medio de prueba para protegerlo.

10.1 Los menores de edad.

Este tema se relaciona con el siguiente interrogante: ¿Qué edad debe tener un enfermo para consentir válidamente el tratamiento o terapia pertinente?

Para responder a esta pregunta nos remitiremos al Código Civil que en su artículo 126 dice que: “son menores las personas que no hubieren cumplido la edad de dieciocho (18) años”,⁶⁹ y el artículo 128 que establece que: “cesa la incapacidad de los menores por la mayor edad el día que cumplieren los dieciocho (18) años”.⁷⁰ Ambos artículos modificados por la Ley 26.579.⁷¹ Es decir que, a partir de los dieciocho años las personas adquieren la mayoría de edad y con esta la plena capacidad, por lo que, sus padres o a falta de ellos su tutor, dejan de representarlos, como también en el caso de los emancipados por matrimonio. Por lo tanto, hasta que no se emancipen por habilitación de edad o por matrimonio, los padres tienen la patria potestad sobre sus hijos y es a ellos a quien le corresponde tomar una decisión cuando el menor este enfermo, respecto

a si se aplica o no un tratamiento y también hacer una elección sobre las distintas posibles terapias alternativas.

Asimismo, el consentimiento informado basta con que sea manifestado por uno sólo de los padres, pero en el supuesto de que ellos estén en desacuerdo, cualquiera podrá acudir ante el juez correspondiente para que resuelva lo más conveniente para el menor.

Cabe por de pronto recordar que el inc. 3 del art. 19 de la Ley 17.132 dispone que “en los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.⁷²

En el art. 18 del Código de Ética Médica de la Confederación Médica de la República Argentina se expresa que “el médico no practicará ninguna operación a menores de edad sin la previa autorización de los padres o tutor del enfermo”.⁷³

Por último, es preciso mencionar el art. 4 del Código de Deontología del Cirujano que establece que “las intervenciones quirúrgicas realizadas a menores de edad deberán contar con el consentimiento previo de los padres, representantes legales o tutores”.⁷⁴

También, es de importancia recordar el art. 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, que tiene vigencia constitucional en el art. 75, inc. 22 de la CN. que establece que “los Estados parte garantizaran al niño que este en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afecten, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez”.⁷⁵ Como bien lo establece el art. 15 de la ley 24.193⁷⁶ los menores de 18 años pueden prestar su conformidad para que se realice la ablación de un órgano de su cuerpo para que sea transplantado en otra persona con quien se tenga un vínculo de parentesco; asimismo a partir de esa edad también pueden donar sangre sin la autorización de sus padres o representantes legales. Pero como se tratan de

disposiciones de excepción, son de interpretación restrictiva, por lo que no pueden hacerse de ellas una interpretación analógica o extensiva a otros supuestos. Pues bien, si los menores de edad, de acuerdo a nuestra legislación, deben ser oídos cuando gocen de suficiente discernimiento; a contrario sensu, con respecto a un tratamiento o intervención médica a serles aplicada, son los padres o sus representantes legales quienes deben decidir sobre la aplicación o suspensión del mismo.

10.2 Formalidad para expresar el consentimiento informado.

Como principio general y, salvo una disposición legal en contrario, la información que brinda el médico a su paciente, como la voluntad manifestada por este último, pueden ser hechos en forma verbal.

Pero, Andruet Doctor en Derecho, Magistrado de la Provincia de Córdoba Argentina, afirma que “a medida de la mayor complejidad, peligrosidad o invasividad del acto médico de que se trate, desde el punto de vista legal se ha ido imponiendo que el consentimiento informado debe asumir formas más sacramentales”.⁷⁷

A nuestro entender, el consentimiento que presta el paciente a su médico debe realizarse en forma escrita, como así también la información que el profesional le brinda a él; todo ello sin perjuicio de que esto último pueda efectuarse en forma oral.

Podemos observar que en Argentina existen distintas leyes que exigen que el paciente manifieste su consentimiento por escrito, tal es el caso de la Ley 24.193 de Transplante de Órganos y Tejidos, que en su Art. 15, 3er. párrafo establece que: “de todo lo actuado se labrarán actas, por duplicado, un ejemplar de las cuales quedará archivado en el establecimiento, y el otro será remitido dentro de las setenta y dos (72) horas de efectuada la ablación a la autoridad de contralor. Ambos serán archivados por un lapso no menor de diez (10) años”⁷⁸; y la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares, que en su Art. 19, inc. 3 dice que: “en las

operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones”.⁷⁹

Lo conveniente de que se expresen por escrito tanto la información, como el consentimiento, es que sirve, para probar que los mismos se produjeron.

10.3 Posibilidad de revocar el consentimiento prestado.

El paciente que presta su consentimiento para que le efectúen una terapia o tratamiento determinado, tiene la posibilidad en cualquier momento de retractarse, revocando su conformidad. Así lo deja expresado el Art. 15, inc. 5, de la Ley 24.193 que dispone que: “el consentimiento del dador o de su representante legal no puede ser sustituido ni complementado; puede ser revocado hasta el instante mismo de la intervención quirúrgica, mientras conserve capacidad para expresar su voluntad”.⁸⁰

Cualquier cláusula que se establezca en contrario a lo dispuesto será ineficaz, puesto que la misma implicaría una violación al derecho de libertad que tiene todo ser humano, y el cual esta consagrado en nuestra Constitución Nacional.

En el punto siguiente centraremos nuestro análisis en todo lo relativo al testamento vital y su importancia.

11. El testamento vital.

El testamento vital “consiste en instrucciones acerca de futuros cuidados médicos y es un documento privado y voluntario que realiza una persona en pleno uso de sus facultades mentales con el objeto que surta efecto cuando se encuentre gravemente enferma y no tenga suficiente capacidad”.⁸¹

Pues bien, el testamento vital regiría en vida del otorgante, permitiendo que el individuo competente y capaz, previamente a padecer una enfermedad grave, que lo conduzca a un estado de inconciencia o incapacidad, pueda expresar su voluntad respecto a cuales son los procedimientos médicos que acepta que le sean administrados y cuales no; evitando de esta manera que se le apliquen los tratamientos extraordinarios

y desproporcionados cuando estos sean ineficaces para su curación. Así se lograría también limitar la intervención de los médicos, que no pueden actuar sin el consentimiento libre y voluntario del enfermo.

Incluso con el testamento vital, se posibilitaría a la persona que manifiesta su consentimiento en él, a designar a un tercero, para que, de encontrarse en la situación anteriormente descrita decida en su nombre sobre estas cuestiones, o para que, intérprete su voluntad en caso de que haya duda sobre el alcance de las directivas descritas en el testamento.

Aquí, se hace necesario mencionar a Luis Fernando Niño, quien manifiesta que “de existir prueba fehaciente del acuerdo libre y expreso del paciente en orden a evitar una prolongación artificial de su vida vegetativa, jugarán a favor del respeto a su voluntad el valor superior de la libertad, el reconocimiento de su dignidad y de su derecho al libre desarrollo de la personalidad y las garantías de no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes y de libertad ideológica”.⁸²

Por su parte, la Jueza Letrada en lo Civil de la República Oriental del Uruguay, Profesora de Derecho Privado de Grado y Postgrado en la Facultad de Derecho de la Universidad de la República y de Postgrado en la Facultad de Ciencias Económicas Dora Szafir, establece que “la tendencia mundial moderna es priorizar la libertad de consentimiento puesto que la vida no es un bien social sino un derecho de su titular que puede exigir vivirla con dignidad”.⁸³

11.1 Forma de otorgar las directivas previas.

La forma de otorgar las directivas en cuestión depende de las normas vigentes en cada país; pero si nada se estableció respecto a este asunto, rige la libertad de formas como principio general.

Consideramos conveniente que su emisión se efectúe por escrito, ya que esto posibilitaría su conocimiento y aún mejor crearía seguridad con respecto a su exacto contenido.

Para Andruet, las directivas “deben ser hechas en instrumento público, a los efectos de hacer plena fe de lo que en él se encuentra descrito en los términos de la ley civil”⁸⁴, y agrega que “el notario interviniente deberá transcribir en la escritura el contenido de un certificado médico debidamente legalizado, donde conste que goza de sus facultades mentales, así como que tiene habilidad jurídica para contratar”⁸⁵.

Por su parte, Sica Josefina Rita Abogada y Profesora del Seminario de Resolución del Conflicto Bio-Jurídico en la Maestría en Aspectos Bioéticos y Jurídicos de la Salud, UMSA y Profesora de la UBA y de la UAI en Argentina y la Doctora Falcón Patricia afirman que “son plenamente válidas las manifestaciones del paciente plasmadas en la historia clínica, con relación a las directivas a seguir en caso de inconciencia del paciente, o supuestos similares; y también pueden ser otorgadas por instrumento privado, debiendo certificarse la firma del otorgante para adquirir fecha cierta”.⁸⁶

11.2 Objetivos del testamento vital.

Son objetivos del testamento vital los siguientes:

1. Fortalecer la autonomía del paciente, al respetarse su voluntad.
2. Expresar claramente el consentimiento del paciente.
3. Permitir al paciente elegir a un representante.
4. Lograr un mejoramiento de la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud.
5. Conceder al médico una seguridad legítima.

11.3 El tiempo de validez y la revocación de las directivas previas.

Las directivas previas conservan su vigencia indefinidamente en el tiempo, si nada se hubiera establecido en contrario con respecto a su tiempo de validez.

No obstante, el Abogado y Jurista Alemán Claus Roxin, al hablar del tiempo conveniente para mantener subsistente la voluntad escrita del paciente, afirma que “el plazo de revocación de dicha voluntad debería ser anual, por lo que ocurriendo de tal manera, difícilmente podría llegarse a la conclusión, si se lo pudiera interrogar, de que en realidad hubiera querido algo distinto”.⁸⁷

A fines del año 2004, en Francia se sancionó una ley que estableció que la validez de la declaración de conformidad para terminar con la vida propia debe haberse manifestado por escrito y tres años antes a encontrarse el paciente en un estado de inconciencia.

Para nosotros, lo mas conveniente con respecto al tema de las directivas previas, es que, el lapso de tiempo necesario para considerarlas validas tendría que ser de cinco años, debiendo computarse dicho plazo desde que se emitió el documento hasta que la persona se encuentre incapacitada para manifestar su consentimiento. A partir de ese momento se produciría la caducidad del testamento vital; teniendo esto suma importancia debido a que la ciencia médica avanza de manera muy rápida y los tratamientos tenidos como extraordinarios o desproporcionados pueden llegar a ser considerados ordinarios o proporcionados.

Por otra parte, el paciente tendría la posibilidad en cualquier momento de revocar sus directivas previas, cuando lo estime necesario o por mediar arrepentimiento.

También tendría derecho a revocar el poder conferido a quien nombre, para que en determinados supuestos, decida por él. Asimismo, la persona designada por el paciente tendría la posibilidad de optar entre aceptar o no el mandato que se le otorga.

11.4 Responsabilidad por la inobservancia de las directivas previas.

En los casos, en los cuales, el médico no cumpliera con las directivas previas, de una manera culposa y como consecuencia de ello causare un daño al paciente que las manifestó expresamente, deberá el incumplidor responder por la inobservancia de las directivas previas; y la responsabilidad será extracontractual.

Luego desarrollaremos la autonomía de la voluntad.

12. La autonomía individual.

Según el diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales, la autonomía significa: “condición del individuo que de nadie depende en ciertos aspectos”.⁸⁸

Para Romeo Casabona, Abogado y Director de la Cátedra de Derecho y Genoma Humano de Bilbao, el principio de autonomía implica “el reconocimiento de la libre decisión individual sobre sus propios intereses siempre que no afecte a los intereses de un tercero, o respeto a la posibilidad de adopción por los sujetos de decisiones racionales no constreñidas. Supone que cada ser humano tiene el derecho a determinar su propio destino vital y personal, con el respeto a sus propias valoraciones y a su visión del mundo, incluso, aunque se tenga la plena convicción de que son erróneas y de que son potencialmente perjudiciales para él”.⁸⁹

El ser humano es un agente moral autónomo y como tal tiene que tener el derecho a elegir poner fin a su vida, cuando se encuentre padeciendo una enfermedad grave, que le afecte su calidad de vida y que le produzca dolores inhumanos, haciendo que su existencia no tenga sentido alguno. En esta situación determinada, alargarle la vida al enfermo que pide morir implica imponerle sufrimientos que son atroces, algo que nadie tiene derecho a hacer, porque esta actuando en contra de la voluntad del paciente; de igual manera es injustificado restringirle la libertad en aquellas situaciones cuando no le ocasiona, con su accionar un daño a terceros, por lo que esto genera también un atentado a su autonomía individual.

Para que la vida sea considerada un bien, no basta con el solo hecho de estar vivo, sino que es imprescindible gozar de una buena calidad de vida que le permita a su titular disfrutar de sus derechos.

Asimismo, el principio de autonomía consiste en el respeto que deben guardar los profesionales de la salud sobre el derecho que les asiste a los enfermos de decidir sobre el procedimiento que les será aplicado; por lo que ningún médico puede someter a un paciente a un tratamiento sin que él preste su consentimiento, porque no puede obligarlo a mantenerse con vida bajo cualquier circunstancia, cuando estos sean inservibles para su recuperación y lo único que logran es alargarle sus dolores, agonías y tormentos.

Por otra parte, Max Charlesworth Filósofo Australiano, Cofundador de la Asociación de Bioética de Australia y Miembro del Centro de la Universidad Monash de Bioética Humana, afirma que “en una sociedad liberal, el valor supremo es la autonomía personal, es decir, el derecho de uno mismo a elegir su estilo de vida propio”.⁹⁰

Por último, podemos observar que en el artículo diecinueve de nuestra Carta Magna⁹¹ se consagra implícitamente la voluntad del paciente respecto a determinar libremente si se somete o no al acto médico.

13. Conclusión.

Por lo expuesto en el presente capítulo llegamos a la conclusión de que se debe reconocer al ser humano la posibilidad de elegir poner fin a su existencia, cuando se encuentre padeciendo una enfermedad o incapacidad grave e irreversible, y la ciencia médica ya no pueda hacer nada para que recupere su calidad de vida.

Si bien, por un largo tiempo la palabra eutanasia fue considerada inmoral y contraria a las buenas costumbres, hoy en día podemos afirmar, que la realidad social ha cambiado mucho respecto a la valoración de este tipo de prácticas médicas y se ha

llegado a una tolerancia suprema e imprescindible para con las personas que soportan enfermedades terminales y que le producen dolencias terribles; sin embargo, esto no ha sido acompañado lamentablemente por nuestro ordenamiento jurídico.

Podemos establecer que la falta de una regulación legal, ha llevado a que se susciten cantidades de injusticias y de situaciones de desprotección para los pacientes.

Con todo lo hasta aquí manifestado, entendemos probado el primer punto del trabajo. Evidentemente consideramos necesario que se legalice en nuestro derecho la petición de eutanasia, por parte de aquellos que sufren una enfermedad incurable y progresivamente letal, para favorecer de esta manera el respeto de su autonomía individual; porque la elección del momento y la forma de muerte pertenecen a la autonomía de la voluntad, y el Estado de ningún modo debe entrometerse en tal decisión, ya que nadie puede imponer al resto sus propias convicciones.

En los próximos capítulos, demostraremos que se vulneran derechos constitucionales, al no existir una ley que regule la práctica eutanásica; y como ha sido su regulación en la legislación comparada.

Capítulo II

LA EUTANASIA EN EL DERECHO COMPARADO.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. El consentimiento informado con relación a los menores de edad. 2.1 Francia. 2.2 Estados Unidos. 2.3 Gran Bretaña. 2.4 Canadá. 3. La práctica del consentimiento informado. 3.1 Estados Unidos. 3.2 España. 3.3 Francia. 4. El testamento vital. 4.1 Estados Unidos. 4.2 Alemania. 4.3 Francia. 4.4 España. 4.5 Italia. 4.6 Australia. 4.7 Las leyes vigentes en Holanda y Bélgica. 4.8 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y Convenio de Oviedo. 4.9 La situación en nuestro país. 5. La eutanasia en Holanda. 5.1 Antecedentes a la sanción de la ley que regula la eutanasia en Holanda. 5.2 Algunos proyectos que precedieron la ley. 5.3 El contenido de la ley. 6. La eutanasia en Bélgica. 7. Antecedentes en América Latina. 8. Jurisprudencia nacional y comparada de personas que se encuentran en estado vegetativo o con una importante discapacidad. 8.1 Ramón Sampedro. 8.2 Karen Ann Quinlan. 8.3 Nancy Beth Cruzan. 8.4 Terri Schiavo. 8.5 Fallo del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. 8.6 Reciente sentencia de la Corte Suprema de Buenos Aires. 9. Conclusión.

1. Introducción.

En el presente capítulo centraremos nuestro análisis en la situación de los Estados que han admitido la eutanasia y de los países que no permiten su práctica.

Probaremos el segundo punto de la tesis, el cual plantea que debe permitirse la eutanasia para evitar la prolongación de la vida de las personas gravemente enfermas y de esta manera no se aumentaría la angustia del enfermo terminal.

Asimismo, demostraremos el tercer punto de la tesis, el cual sostiene que debe admitirse la eutanasia en situaciones de enfermedades o en los casos de incapacidades graves e irreversibles.

Comenzaremos el capítulo desarrollando el consentimiento informado con relación a los menores de edad. Seguidamente, trataremos la práctica del consentimiento informado en distintos países.

A posteriori, describiremos cual es la tendencia legislativa en el derecho comparado en cuanto a la cuestión del testamento vital.

Luego, para la comprobación de los puntos de tesis examinaremos los artículos de la ley holandesa y de la ley belga.

En el punto siguiente, desarrollaremos los antecedentes en América Latina y expondremos lo relativo a la jurisprudencia nacional y comparada.

Finalmente, concluiremos el capítulo explicando porque consideramos probados los puntos de tesis.

Para el desarrollo de los temas de este capítulo, realizaremos un estudio detallado de la ley sobre eutanasia de Holanda y Bélgica. Analizaremos como se ha pronunciado la doctrinaria y la jurisprudencia al respecto e investigaremos si en el derecho comparado se admite la práctica de la eutanasia.

2. El consentimiento informado con relación a los menores de edad.

Un tema a tener en cuenta, es el que se relaciona con la edad a partir de la cual el paciente puede consentir válidamente un tratamiento o terapia pertinente. Seguidamente, haremos mención de lo que se establece, con respecto a este tema, en distintos lugares del mundo.

2.1 Francia.

El Código de Deontología Médica de Francia, en su art. 43 establece que, “el menor de edad tiene derecho de participar en el tratamiento médico que le será prodigado”.⁹² Asimismo, el Código Deontológico del Consejo de Colegios Médicos de Cataluña,⁹³ dispone que se debe respetar la voluntad del menor cuando pueda razonablemente tomar y argumentar su decisión, aún cuando su consentimiento fuere diferente al de sus representantes legales. Por su parte, el Código Civil de España dice en el art. 154 inc. 2 que, “si los hijos tuvieren suficiente juicio, deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten.”⁹⁴

2.2 Estados Unidos.

En Arkansas, una ley dispuso que “todo menor no emancipado que goza de la inteligencia suficiente para comprender y apreciar las consecuencias de determinada prestación médica y/o quirúrgica puede consentirlas válidamente”.⁹⁵ Esto se estableció debido a que, en algunos Estados de los Estados Unidos de América se establecieron reglas para darles valor a las manifestaciones de voluntades efectuadas por los menores de edad.

2.3 Gran Bretaña.

Por su parte, en Gran Bretaña se permite a los menores a partir de que cumplen los dieciséis años de edad, consentir la realización de tratamientos médicos. Aquí rige la regla del menor maduro, la cual implica que, si bien la patria potestad se mantiene hasta la mayoría de edad, el grado de control que ejercen los padres sobre el menor debe ir

disminuyendo a medida de que éste vaya madurando; por lo tanto cuando el joven tenga suficiente inteligencia para comprender el procedimiento médico que se le propone, será suficiente su consentimiento para tomar una decisión respecto al tratamiento, haciéndose innecesario el de sus padres.

2.4 Canadá.

La Conferencia de Derecho Uniforme de Canadá, aprobó la ley de Consentimiento Médico de los Menores,⁹⁶ en la cual se determinó que los menores a partir de los dieciséis años pueden manifestar válidamente su consentimiento para admitir o rechazar las terapias propuestas, salvo que el médico con el apoyo escrito de otro profesional, halle que el menor es capaz de comprender la naturaleza y consecuencias del tratamiento y este sea en su mejor interés.

En cuanto al Código Civil de Québec,⁹⁷ pone de manifiesto que son los padres o tutor del menor quienes deben consentir el acto médico; pero también dispone que, tratándose de un menor de catorce años o más puede expresar su voluntad, debiendo informarse a los representantes cuando se trate de una intervención de más de doce horas. Cabe por de pronto señalar, que tanto los padres como un Tribunal pueden ordenar que se realice una determinada terapia que haya sido rechazada por el menor, cuando su vida o integridad se encuentren en riesgo.

A posteriori desarrollaremos la cuestión de la práctica del consentimiento informado en distintos países.

3. La práctica del consentimiento informado.

Podemos afirmar, que a comienzos de la segunda mitad del siglo pasado la comunidad demostró interés con respecto a esta especie de asuntos, sobre todo respecto al derecho de ser informado que tienen los pacientes, sobre su enfermedad y las terapias alternativas, como también sobre la aceptación o rechazo de las mismas. La cuestión del consentimiento informado comenzó a desarrollarse sobre todo en la sociedad

Norteamericana, influida por el conocimiento de los experimentos practicados en la Alemania nazi y por los experimentos desarrollados en los EE.UU. relacionados con la salud.

3.1 Estados Unidos.

En muchos Estados de los Estados Unidos de América, los profesionales de la salud tienen la obligación de informar a sus pacientes respecto de los posibles tratamientos alternativos de la enfermedad que padece, poniéndolos en conocimiento tanto de sus efectos positivos como los negativos y es el enfermo el que decide cual le será aplicado.

En el conocido caso de *Schboendorf v. Society of New York Hospital*,⁹⁸ resuelto en el año 1914 por la Corte de Apelaciones del Estado de Nueva York, se sostuvo el derecho a la autodeterminación del paciente en materia de tratamientos médicos, al afirmar el Tribunal que todo ser humano adulto y capaz tiene el derecho de determinar que hará con su cuerpo, y se determinó que el cirujano que realiza una intervención sin que el paciente preste su consentimiento, es responsable por las agresiones que le causare.

En otro caso, *Hunt v. Bradshaw*,⁹⁹ resuelto en el año 1950 por la Suprema Corte de Carolina del Norte, se determinó que el cirujano tenía el deber de informar al paciente los riesgos a los que se sometía con la intervención quirúrgica.

Similar fue lo resuelto en el caso *Salgo v. Leland*¹⁰⁰ en el año 1957 por la Corte de Apelaciones de Carolina del Norte, en el cual se afirmó que el médico tiene el deber de informar a su paciente sobre los riesgos de la intervención, lo cual no se había efectuado en este caso, por lo que el Tribunal condenó al médico al pago de un resarcimiento por el daño que le ocasionó, con independencia de la existencia de mala praxis. El Tribunal fundamentó su decisión en que “un médico viola su deber hacia su paciente, y se somete a responsabilidad, si retiene hechos, cualesquiera que sean,

necesarios para formar la base de un consentimiento inteligente por parte del paciente al tratamiento propuesto. Asimismo, el médico no puede minimizar los riesgos conocidos de un procedimiento u operación en orden a inducir el consentimiento de su paciente”.¹⁰¹

3.2 España.

En España, la Ley General de Sanidad¹⁰² considera que, el consentimiento informado es un derecho básico de toda persona que requiera una prestación asistencial médica. La información debe ser otorgada de manera completa, continua y en forma clara, para que el paciente o sus familiares puedan comprenderla. La misma debe contener el diagnóstico y el pronóstico, como también las distintas alternativas de tratamiento.

Asimismo la Ley¹⁰³, con base en los derechos de la personalidad, dignidad humana y la intimidad, reconoce al paciente el derecho de elegir entre las diversas opciones terapéuticas posibles e incluso le reconoce el derecho a rechazar el tratamiento propuesto, salvo cuando la negación de la intervención cause un riesgo a la salud pública o cuando dicha persona sea un incapaz. En este último supuesto, son sus familiares o quien se encuentre autorizado los que deben ejercer ese derecho y también en las situaciones de emergencia en las que el actuar médico no admita demoras.

3.3 Francia.

Con la ley 94.653 relativa al respeto del cuerpo humano,¹⁰⁴ en Francia se reconoce la integridad del cuerpo humano que puede ser solamente afectado, mediando previo consentimiento, por una necesidad terapéutica de la persona. Pero hay una única excepción, que se da cuando la persona no puede consentir debido al estado en el que se encuentra.

A su vez, dispone que se requiere el consentimiento del paciente para realizar un estudio genético, debiendo efectuarse solo con fines medicinales, de investigación

científica, o por mediar una orden de un juez que lo solicita para establecer o rechazar un lazo filiatorio o para la obtención o supresión de un subsidio.

A continuación, explicaremos detalladamente la situación del testamento vital en otras legislaciones.

4. El testamento vital.

Actualmente, las directivas previas son aceptadas en distintos Estados, y a ello nos referiremos a continuación.

4.1 Estados Unidos.

En casi todos los Estados de los EE.UU. se ha legislado respecto a las directivas anticipadas, denominado Living Will, por medio del cual la persona que lo emitió puede limitar el accionar médico, para que se abstengan o se interrumpan los tratamientos de carácter extraordinario o desproporcionado, cuando se encuentre padeciendo una enfermedad irreversible.

El primer Estado que legisló el Living Will fue California,¹⁰⁵ en el año 1976. La normativa relativa a las directivas previas reconoce a las personas adultas y capaces la facultad de interrumpir los aparatos técnicos que lo mantienen artificialmente con vida, eximiendo de responsabilidad al médico que lo efectúa.

Asimismo, en el año 2000, también en California, entró en vigencia la Ley de Decisiones sobre Atención Médica,¹⁰⁶ que le reconoce a la persona adulta y con capacidad para comprender el significado y alcance de sus actos la posibilidad de decidir, previamente a sufrir una enfermedad que la conduzca a un estado de inconciencia, que tratamientos médicos desea que le sean aplicados y cuales no, mediante la expedición de las pertinentes instrucciones. A su vez, dicha persona puede designar un mandatario para que haga cumplir su voluntad o para que tome las decisiones al respecto, de acuerdo con las instrucciones personales del mandante, si las hubiera y con otros deseos que fuesen conocidos por el mandatario; no siendo necesario

que se trate de una enfermedad terminal ni que se encuentre en estado vegetativo permanente.

Por otra parte, se han reconocido en EE.UU. lo que se denomina D.N.R., (declaraciones de no resucitar), que son efectuadas por personas que padecen una enfermedad grave, que previendo el caso de la pérdida de la conciencia, instruyen al médico para que no la resucite; limitándose los profesionales a aplicarle los cuidados paliativos para lograr calmar los dolores del paciente.

4.2 Alemania.

Por su parte, en Alemania se ha aceptado que toda persona que se encuentre sufriendo una enfermedad de carácter irreversible, pueda manifestar su voluntad mediante un testamento vital (redactado en forma escrita, ante un notario y designando un representante para que vigile su cumplimiento) para que no se la trate médicamente de encontrarse en ese estado.

Se ha establecido inclusive, la existencia de una responsabilidad penal para el caso de que los profesionales de la salud no respeten las instrucciones expresadas en dicho documento.

4.3 Francia.

En el año 2004, en Francia se dictó una ley¹⁰⁷ mediante la cual se admitieron las directivas anticipadas, debiendo ser éstas redactadas tres años antes de encontrarse el enfermo en un estado de inconciencia.

4.4 España.

Existe en España una ley nacional nº 41,¹⁰⁸ que fue sancionada en el año 2002, la cual regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Dicha normativa, en su art. 11 permite que toda persona libre y capaz pueda, siendo también un requisito la mayoría de edad, declarar anticipadamente su voluntad respecto de los tratamientos y cuidados de su salud, como

también sobre el destino de sus órganos y de su cuerpo; para que se cumpla cuando se encuentre en un estado de inconciencia, o de incapacidad para manifestarla personalmente, o para que se cumplan una vez que haya fallecido.

Asimismo, se establece que en cualquier momento se pueden revocar las instrucciones efectuadas y debiendo hacerse por escrito. A su vez, se dispone que las mismas no sean aplicadas cuando vayan en contra del ordenamiento jurídico.

Es de suma importancia destacar que en doce provincias de España a fines del año 2000 y 2003, entraron en vigencia leyes similares¹⁰⁹ a las anteriormente descritas. Las mismas establecen que las personas, por medio de un documento suscripto ante un escribano o ante tres testigos (dos de los cuales no deben ser familiares ni tener una relación patrimonial con el interesado), pueden manifestar su voluntad, antes de encontrarse padeciendo una enfermedad terminal, respecto a cuales son los tratamientos médicos que no quiere que le sean aplicados.

4.5 Italia.

El Consejo de Bioética Italiano, en el año 1992 aprobó lo que se denomina Carta de Autodeterminación.¹¹⁰ Quien suscribe dicha Carta, declara que únicamente se le apliquen analgésicos, aunque estos puedan acelerar su muerte, en el caso de que en el futuro se vea afectada por una enfermedad de carácter terminal o por una lesión traumática irreversible; no debiendo, por lo tanto, las mismas ser tratadas.

Por otra parte, el Código de Deontológica Médica de Italia¹¹¹ indica que el médico debe actuar conforme a la voluntad anteriormente expresada por el enfermo, de encontrarse éste inconciente.

4.6 Australia.

En Australia del Sur en el año 1983 se reguló el testamento vital.¹¹² Cinco años más tarde ocurrió lo mismo en Australia del Norte en 1988, la ley¹¹³ reconoce al testador la posibilidad de manifestar su deseo de no ser sometido a tratamientos médicos

extraordinarios, en el caso de encontrarse en una situación de incapacidad y contrajera una enfermedad terminal, como también en los casos de lesión o degeneración de las facultades físicas o mentales de carácter irreversible, sin que sea posible lograr su recuperación.

A su vez, en el territorio del Sur de Australia, de conformidad a la Ley sobre Tratamientos Médicos y Cuidados Paliativos,¹¹⁴ se puede designar un apoderado para que adopte las decisiones correspondientes al tratamiento médico a aplicar. Pero éste tiene algunas limitaciones, en primer lugar, le está prohibido rechazar el suministro de agua, como tampoco puede negar que se le administren las drogas que sean necesarias para calmar los dolores del paciente, por último no puede impedir que se le aplique un tratamiento que permita la recuperación de las facultades decisorias del enfermo, salvo que se encuentre en la última etapa de su dolencia.

4.7 Las leyes vigentes en Holanda y Bélgica.

En los países de Holanda y Bélgica se admitió la eutanasia. En sus leyes se reconoció la validez del testamento vital, pero sólo para el supuesto de que las directivas previas se hayan expresado a los efectos de poner fin a la vida.

La ley holandesa n° 26.691 en su art. 2 inc. 2 dispone que “el médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida”.¹¹⁵

El documento es válido si el paciente cuenta con la edad de dieciséis años y se encuentra en coma, demente o inconciente al momento de tenerse en cuenta las directivas previas. Es decir, que las directivas expresadas con anterioridad pudieron haber sido redactadas por la persona antes de tener los dieciséis años; pero se exige que

haya estado en condiciones de realizar este tipo de documento en el sentido de entender y valorar esas instrucciones.

Por su parte, la ley belga¹¹⁶ establece respecto a este tema que el documento debe hacerse por escrito e inscribirse en un Registro Nacional, debe ser realizado ante dos testigos, ambos mayores de edad y por lo menos uno de ellos no debe tener interés material con respecto al fallecimiento. A su vez, el interesado puede designar a una o muchas personas, debiendo ser mayores de edad y capaces para que le comuniquen al médico cual es su voluntad; los que no podrán ser designados a tal efecto son el médico consultado, el facultativo tratante, ni los integrantes del equipo asistente. Pero para que el profesional de la salud pueda cumplir con la voluntad expresada con anticipación, debe corroborar que el enfermo padece una afección accidental o patológica grave e incurable, y además debe encontrarse inconsciente.

Asimismo, la ley¹¹⁷ hace mención del término de validez del documento, estableciendo que el mismo es de cinco años anteriores al comienzo del estado que le impide al enfermo expresar su voluntad; pudiendo ser modificado o dejado sin efecto en cualquier momento.

4.8 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y Convenio de Oviedo.

Se ha establecido en la Recomendación del año 1999 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre la Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos,¹¹⁸ que era indispensable adoptar las medidas necesarias para garantizar el respeto de la negativa de una persona con una enfermedad terminal o moribunda, de un tratamiento específico, manifestado en un testamento vital; así como también, para asegurar el tema de la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. Asimismo, se

sostuvo que las directivas previas debían ser expresadas en un lapso de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión.

Por su parte, el Convenio de Oviedo admite la validez de las directivas previas en su art. 9 al disponer que “serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.¹¹⁹

4.9 La situación en nuestro país.

En Argentina no existe a nivel nacional una normativa que permita las directivas previas, pero en distintos centros de salud, hay Comités de Bioética que brindan asesoramiento a los pacientes y a sus familiares, sobre la interrupción de los soportes vitales, como pueden ser a modo de ejemplo las drogas que mantienen la presión y la frecuencia cardíaca y el respirador artificial.

Recientemente, en la provincia de Buenos Aires se creó un Registro de Actos de Autoprotección, en el cual se inscriben las actas otorgadas en las Escribanías referentes a lo que el otorgante desea para el caso de encontrarse en el futuro en una situación en la cual no pueda expresar su voluntad con respecto a los tratamientos médicos o terapias a serle aplicadas en razón de su estado de salud.

Para Luis Guillermo Blanco, en el derecho argentino la validez de las directivas previas tiene su fundamento en las normas referentes al mandato y que es necesario que éste se otorgue en forma expresa y especial, pudiendo ser libremente revocado. Asimismo, Armando S. Andruet afirma que las directivas previas son válidas, como así también que constituye un mandato el otorgar un poder a un tercero para que decida si se aplican determinados tratamientos extraordinarios al enfermo, debiendo especificarse que tratamientos deberán considerarse como extraordinarios. También Alfredo Lemon esta de acuerdo con la validez de las declaraciones de voluntades que tengan la finalidad señalada, las cuales son lícitas y comprometen a terceros.

En el año 2003 se presentó en la Cámara de Diputados de la Nación un proyecto de ley sobre el testamento vital,¹²⁰ conforme al cual un paciente podía elegir un determinado tratamiento para su enfermedad y su decisión debía registrarse en su historia clínica. En el supuesto de encontrarse imposibilitado para manifestar su opción, su representante legal podía tomarla por él. Entre otras cuestiones, se disponía que podían rechazarse los tratamientos de carácter extraordinario y desproporcionado, y los que se estimen vejatorios de creencias religiosas, sociales o culturales. No se establecía un mínimo de edad para realizar el testamento vital, ni tampoco se hacían excepciones para el supuesto de mujeres embarazadas. También se establecía que los médicos debían aplicar los cuidados paliativos y las medidas adecuadas para mantener al enfermo con vida.

A su vez, ese mismo año se presentó con relación al mismo tema otro proyecto en la legislatura de Córdoba,¹²¹ según el cual las personas mayores de edad y con pleno goce de sus facultades mentales podían expresar anticipadamente cuales eran los tratamientos de los que no querían ser objetos de aplicación, en el supuesto de encontrarse en el futuro sufriendo una enfermedad terminal o en estado vegetativo persistente o en otro estado que no le permitiera expresarse. Además el documento en el que constara dicha manifestación de voluntad, debía ser depositado en el Registro de Voluntades Anticipadas, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. También se estableció que se podía expresar en él, el deseo de permanecer con la familia hasta el final de la vida.

Por otro lado, en el proyecto se prohibió rechazar los cuidados paliativos y los tratamientos de carácter ordinarios, sino solamente los extraordinarios o desproporcionados. Pero, en el caso de que la paciente estuviera embarazada la declaración de voluntad anticipada quedaría inoperante hasta que concluya el embarazo.

En esta normativa proyectada se entiende por enfermedad terminal a la que según a juicio del médico le provocara al paciente la muerte en un término no mayor a seis meses. Y por estado vegetativo persistente a la que de acuerdo a los estándares médicos establecidos, el paciente se encuentra en un estado de inconciencia, sin que exista función cortical o cognitiva del cerebro, ni la posibilidad de su recuperación.

Luego, analizaremos la ley que permite la eutanasia en Holanda.

5. La eutanasia en Holanda.

5.1 Antecedentes a la sanción de la ley que regula la eutanasia en Holanda.

En el año 2002 se dictó una ley¹²² que admitió la eutanasia en Holanda, sin embargo la justicia desde varios años anteriores, por medio de diversos precedentes permitió que se practiquen en determinados casos la eutanasia, utilizando como fundamento el derecho a la autonomía del paciente, derecho que implica el disponer de su propia vida.

A partir de 1970 diversos Tribunales de Holanda admitieron un eximente de responsabilidad penal sobre los médicos que practicaban la eutanasia a solicitud de su paciente a causa de diversas situaciones de encarnizamiento terapéuticos a la que habrían conducido los avances de la tecnología en la medicina. El primer caso¹²³ se dio en el año 1973 en la cual un fallo del Tribunal de Leeuwarden estableció los requisitos que debían darse para que un médico pudiera poner fin a la vida de un paciente sin ser reprimido por la justicia penal. En este precedente la justicia estableció la admisibilidad de un acto eutanásico en el caso que se dieran los siguientes supuestos: a) si el paciente fuere un enfermo incurable a causa de una enfermedad o accidente. b) si padeciere un dolor físico o psíquico insoportable. c) si hubiese manifestado expresamente su voluntad de poner fin a su vida. d) si la muerte estuviese próxima. e) si el encargado de

realizar el acto fuese un médico especialista u otro que haya tratado al enfermo y consulte con aquel.

En el año 1980 la Sociedad Holandesa para la Eutanasia Voluntaria¹²⁴ realizó un informe que trataba sobre las drogas más beneficiosas para aplicar la eutanasia a las personas, el cual fue consultado por médicos, farmacéuticos y diversas personas de la comunidad.

A posteriori, en el año 1981 la Corte Penal de Rotterdam¹²⁵ estableció una serie de principios que debían estar presentes para que no exista responsabilidad jurídica en el caso de que se practique la eutanasia. Para este Tribunal el auxilio al suicidio no debía ser perseguido por el Estado para el supuesto de que se sufra una enfermedad física o psíquica insoportable y persistente, si el paciente había manifestado su voluntad de poner fin a su vida tomando en cuenta las diversas situaciones y alternativas y en caso de que no exista una mejor solución razonable.

El Tribunal Superior de Holanda¹²⁶ adoptó la doctrina de los Tribunales inferiores y en el año 1984 resolvió que el profesional del arte de curar que había puesto fin a la vida de su paciente en determinadas ocasiones como entre otras, cuando había existido un pedido del mismo, el cual sufría a causa de una enfermedad grave e insoportable o cuando no hubiera posibilidad de curarse, había actuado en estado de necesidad y por lo tanto su conducta no era penalmente reprochable. En este fallo el Tribunal no estableció como requisito de que el paciente padezca una enfermedad terminal.

En el año 1990 un Tribunal absolvió a un pediatra que suministró una dosis mortal de barbitúricos a pedido de su paciente que padecía anorexia nerviosa desde su niñez.¹²⁷ En ese mismo año, también fue absuelto un médico que atendía a una paciente que a causa de un accidente automovilístico se hallaba en estado de coma desde hacia dieciséis años, desconectó el tubo de hidratación que la mantenía con vida lo que le

causó la muerte unos días después. Con motivo de este último caso se presentó un proyecto de ley en virtud del cual un médico debe completar una declaración de interrupción de vida en la que debe de asentar que el paciente padece una enfermedad incurable, debiendo asimismo, consultar previamente a la familia y a otro médico.¹²⁸

Posteriormente en el año 1993 un Tribunal Colegiado de Assen resolvió que no es penalmente responsable un psiquiatra que colaboró en el suicidio de una paciente de cincuenta años que padecía depresión psíquica, pero estaba sana físicamente. En el fallo se determinó que el psiquiatra actuó en forma legítima debido a que la enferma tomó libremente la decisión de morir, que su sufrimiento era irreversible y que el profesional había cumplimentado con el requisito legal de fuerza mayor dando preferencia al bienestar de su paciente sobre la ley que prohibía la eutanasia.¹²⁹

5.2 Algunos proyectos que precedieron la ley.

En el año 1984 se designó en Holanda la Comisión Estatal sobre Eutanasia¹³⁰ para asesorar al Estado sobre la reforma de los artículos 293 y 294 del código penal¹³¹ que penalizaba el auxilio al suicidio y el homicidio por compasión con la finalidad de legalizar la doctrina que sentó el Tribunal Superior de Holanda en el año 1984. Asimismo, se presentaron otros proyectos¹³² en el año 1987 y 1989 los cuales tampoco prosperaron.

En 1990 se designó una Comisión precedida por el Presidente de la Corte Suprema de ese país con la finalidad de realizar un informe sobre la práctica de la eutanasia en Holanda con el objetivo de sancionar una ley. Dicho informe se presentó al año siguiente dictándose en 1993 un decreto¹³³ que regulaba el procedimiento que debían seguir los médicos en los casos que se practicara la eutanasia, con la finalidad de proceder a la entrega del cuerpo para su inhumación o cremación no obstante no tratarse de una muerte natural. Finalmente, en el año 2001 fue sancionada la denominada ley de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicido¹³⁴ la cual modificó los

artículos 293 y 294 del código penal de Holanda¹³⁵ que penalizaba la ayuda al suicidio y el homicidio por compasión. A partir del dictado de esta ley se considera no punible la colaboración al suicidio de un enfermo a solicitud de éste cuando ello se realice por un médico y cumplimentado con los requisitos que establece la ley los cuales consisten en una serie de garantías e instituyen unas comisiones que tienen por finalidad controlar que las decisiones de los médicos sean ajuntadas a las disposiciones legales.

5.3 El contenido de la ley.

La ley Holandesa n° 26.691¹³⁶ que autoriza la eutanasia, establece que el auxilio al suicidio debe ser suministrado por el profesional de la salud, es decir que es el médico quien ejecuta materialmente los actos necesarios para lograr la muerte del paciente o colabora para que este último pueda efectuarlo, cumpliendo previamente una serie de procedimientos de carácter administrativos. Además la ley¹³⁷ hace mención de la figura del asesor, que es el médico a quien se consulta sobre la intención de otro médico de poner fin a la vida de una persona, a solicitud de él, o de facilitar los medios para el suicidio.

Los requisitos necesarios para evitar el cuestionamiento jurídico son los siguientes: a) que el facultativo este convencido de que su paciente manifestó sus deseos de manera voluntaria y bien meditada; b) que el médico haya llegado al convencimiento de que la enfermedad del paciente es muy dolorosa y no exista posibilidad de mejorar; c) que le haya comunicado al enfermo su estado de salud y de sus perspectivas de futuro; d) que el médico junto con el paciente hayan llegado al convencimiento de que no hay solución alguna para la situación en la que se encuentra el enfermo; e) que el profesional de la salud haya consultado al menos con un médico independiente que ha visto al enfermo y ha expedido por escrito un dictamen sobre el cumplimiento de los requisitos enumerados en los incisos a) a d); f) ha puesto fin a la vida o ha colaborado

en el auxilio al suicidio de manera incruenta y con el menor sufrimiento para el paciente.

A su vez, se dispone que el facultativo podrá llevar a cabo la solicitud de su paciente efectuada con anterioridad a encontrarse en un estado de incapacidad, en forma escrita y teniendo la edad de dieciséis años, para que se le ponga fin a su vida. Asimismo, si se tratare de una persona cuya edad este comprendida entre los dieciséis y dieciocho años de la que se considera que se encuentra apta para hacer una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá cumplir con una petición de auxilio al suicidio o atender una petición del paciente de terminación de su vida, luego de que hayan participado en la decisión los padres o el que ejerza la patria potestad o su tutor. Para el supuesto de que el enfermo tuviere entre doce y dieciséis años de edad y se lo pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses respecto a este tema, el profesional de la salud podrá poner fin a la vida o ayudar al suicidio que le fuere solicitado por aquel junto con el acuerdo de los padres o del que ejerza la patria potestad o del tutor.

Cumpliendo con todo lo señalado el médico no será pasible de responsabilidad penal.

Para finalizar, la ley¹³⁸ creó Comisiones regionales a las que se notifican de manera obligatoria los casos en los que se ha practicado la terminación de la vida a petición propia y el auxilio al suicidio. Estas Comisiones están compuestas por médicos, juristas y expertos en cuestiones éticas, los cuales son remunerados y nombrados por un período de seis años por el Ministerio de Justicia y el de Sanidad, Bienestar y Deporte. A su vez, cada una de ellas tiene como función juzgar si el médico actuó conforme a los distintos requisitos de cuidado mencionados en la ley. Asimismo, el dictamen que realice la Comisión debe ser comunicado al profesional dentro de un plazo de seis semanas y en el caso de que él no actuara conforme a la normativa deberá comunicarlo

a la Fiscalía General del Estado, para que se proceda al pertinente juzgamiento. También se establece, que dicha Comisión llevara a cabo un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o de auxilio al suicidio que le hayan notificado y que hayan sido sometidos a su juicio.

En el punto siguiente, trataremos la cuestión de la eutanasia en Bélgica.

6. La eutanasia en Bélgica.

Bélgica fue el segundo país, después de Holanda, donde se legalizó la eutanasia. El Parlamento Belga aprobó el diecisiete de mayo del año 2002 la ley que admitió la eutanasia,¹³⁹ y el veinte de septiembre de ese mismo año entró en vigencia.

Conforme a esta ley¹⁴⁰ la práctica de la eutanasia no está prevista únicamente para los enfermos terminales, sino también para aquellos que estén sujetos a una dolencia constante, insoportable e incurable, debiendo el médico consultar la opinión de otro profesional que sea competente en la patología que presenta el paciente, de acuerdo a cada caso en particular, para valorar la gravedad de la patología; o de un tercero cuando se trate de pacientes con enfermedades no terminales. Para la ley belga¹⁴¹ no se requiere un móvil compasivo para que el acto de poner fin a la vida de una persona sea considerado un acto de eutanasia, ya que dispone que la misma consiste en dar muerte a una persona que lo solicita a un tercero, que lo efectúa de manera intencional.

A su vez, dispone que la eutanasia debe ser solicitada en forma escrita, en un acta firmada y fechada por el solicitante, que se incorporará en su historial clínico. Éste debe encontrarse consciente y con pleno goce de sus facultades mentales, por lo que no quedan incluidos los enfermos mentales. Y para el supuesto de no encontrarse en condiciones de realizarlo personalmente, el mismo será confeccionado por una persona elegida por él, debiendo ser mayor de edad, quien deberá explicar los motivos por las cuales no puede ser redactado el documento por el interesado.

El facultativo llevará a cabo la eutanasia no antes del mes de formulada la petición, debiendo corroborar él mismo y mediante la consulta a otros dos médicos que la enfermedad que aqueja a su paciente es incurable y le cause sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, sin esperanzas de mejora, causados por una afección accidental o patológica incurable. Luego de cuatro días de practicada la eutanasia el médico debe comunicar que la efectuó a la Comisión formada por dieciséis miembros, entre ellos abogados y especialistas en temas éticos, quienes verificarán que fue hecha conforme a las condiciones establecidas por la ley; de confirmarse que no fueron cumplidas se informará al Ministerio Público para que inicie las actuaciones judiciales correspondientes.

Asimismo, se exige al médico que informe a su paciente sobre su estado de salud y sus esperanzas de vida, como así también sobre las terapias alternativas posibles con sus beneficios y consecuencias y sobre los tratamientos paliativos.

Por último, la ley determina que la eutanasia solo puede ser aplicada sobre personas mayores de dieciocho años de edad o a los menores emancipados (la cual puede ser otorgada en dicho país a los quince años). Pero se presentó en el Parlamento una modificación de la ley para posibilitar que el acto eutanásico pueda ser efectuado a pedido de menores de edad, que tuvieran discernimiento y debiendo escuchar la opinión de los padres, la que no será determinante.

Seguidamente, centraremos nuestro análisis en los diversos precedentes de América Latina.

7. Antecedentes en América Latina.

Actualmente, en América Latina no existen leyes que admitan la eutanasia, pero en diversos países que la conforman hay normas jurídicas que atenúan la pena en los casos de homicidios llevados a cabo cuando una persona solicita la muerte por padecer una enfermedad o graves sufrimientos.

En Colombia, la Corte Constitucional en el año 1997, por mayoría de sus jueces decretó la constitucionalidad del artículo 326 del Código Penal que decía que “el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”.¹⁴² Asimismo, la Corte expresó que el proceder del sujeto activo en el homicidio eutanásico carece de antijuricidad, porque se trata de un acto solidario que se realiza a pedido de un sujeto que sufre una enfermedad terminal y que solicita que lo ayuden a morir, es decir, que no se produce por una decisión personal de suprimir una vida; por lo que los magistrados deben dispensar de toda responsabilidad a los profesionales de la salud que obren de esa manera. Como fundamentos del fallo, la Corte Colombiana expresó que ninguna persona puede ser obligada a subsistir en medio de dolores intensos, porque el derecho a la vida implica vivir con dignidad; también manifestó que si la forma en que los sujetos ven la muerte evidencia sus convicciones, ellos no pueden ser obligados a seguir viviendo, cuando las situaciones extremas en las que se encuentran son indeseables y contrarias a su dignidad; a su vez, declaró que el Estado debe velar por el respeto de la dignidad de cada ser humano y por el libre desarrollo de la personalidad, por lo que el deber estatal no puede oponerse frente a la decisión del enfermo terminal que padece intensos sufrimientos, que no desea seguir viviendo y que solicita ayuda para morir dignamente. Por otra parte, uno de los jueces de la Corte, cuyo voto fue en disidencia manifestó que no es lícito quitarle la vida a una persona, aún contando con la autorización del sujeto pasivo; pero si, en cambio, de abstenerse de aplicar tratamientos médicos o quirúrgicos extraordinarios que tengan por finalidad prolongar artificialmente e inútilmente la vida del enfermo. Por último la Corte requirió al Congreso de Colombia que regule la muerte digna basándose en los principios constitucionales y en razones de humanidad.¹⁴³

Por su parte, en la República Oriental del Uruguay el Código Penal en su artículo 37 dice que “los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables autor de un homicidio efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”.¹⁴⁴ En este caso el consentimiento manifestado por la víctima no implica que no haya delito, sino que suprime la pena, actuando este elemento subjetivamente y teniendo como fundamento la ausencia de peligrosidad del agente.

Tampoco en México se admite la eutanasia, por lo que causarle la muerte a algún ser humano aún por compasión o por piedad implica la existencia de un delito; no obstante, se permite la reducción de la pena cuando se ejecuta un homicidio a un enfermo incurable y en estado terminal afectados de grandes sufrimientos que suplican que se les dé muerte.

Asimismo, en el Perú no hay regulación alguna sobre la eutanasia, pero en el artículo 112 del Código Penal de ese país se establece que “el que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años”.¹⁴⁵

El Código Penal de Bolivia en su artículo 257 establece que “se impondrá la pena de reclusión de uno a tres años, si para el homicidio fueren determinantes los móviles piadosos y apremiantes las instancias del interesado, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales probablemente incurables, pudiendo aplicarse la regla del artículo 39 y aún concederse excepcionalmente perdón judicial”.¹⁴⁶ En cuanto al art. 39,¹⁴⁷ hace referencia a que en los casos de atenuación especial se sustituye la pena de reclusión por el trabajo personal.

A su vez, los Códigos Penales de Costa Rica y de Brasil atenúan la pena en los supuestos de homicidios por compasión. Por su parte, la normativa brasilera establece

una pena de prisión de seis a veinte años para el caso de homicidio simple y en su artículo 121 determina que “si el agente comete un delito impulsado por razón de valor relevante social o moral, o en las garras de una emoción violenta, poco después de la provocación injusta por la víctima, el juez puede reducir la pena de un sexto a un tercio”.¹⁴⁸

A continuación, haremos mención de los casos más conocidos a nivel mundial.

8. Jurisprudencia nacional y comparada de personas que se encuentran en estado vegetativo o con una importante discapacidad.

Gracias al actuar periodístico y a los comentaristas en general, se ha logrado que en diversos lugares se tomará conciencia respecto a estos sucesos, lo cual ha llevado a que se dicten leyes permisivas del acortamiento voluntario de la vida, aunque en determinados casos y cumpliendo con ciertos requisitos.

8.1 Ramón Sampetro.

El caso de Ramón Sampetro¹⁴⁹ tuvo una enorme repercusión a nivel mundial, especialmente en España, lugar de origen de dicha persona.

En 1968 cuando tenía veinticinco años de edad sufrió un accidente que lo dejó tetrapléjico al tirarse de cabeza al mar en la playa de As Furnas, en Galicia.

A partir de allí, comenzó una batalla legal en la cual Sampetro, intentó durante varios años que la justicia le diera autorización a una persona para que b ayudara a suicidarse, ya que él mismo no podía hacerlo debido a su inamovilidad (sufría de tetrapléjia postraumática con sección medular por lo que sólo podía mover su cabeza, teniendo el resto del cuerpo inmovilizado). Su petición fue presentada ante los Tribunales de Barcelona, de la Coruña y del Tribunal Constitucional, los cuales denegaron su pedido dando como principal fundamento que se trataba de una conducta jurídicamente reprochable reprimida con prisión, según lo establecido por el código penal en el artículo 143.4 que dice que, “el que causare o cooperare activamente con

actos necesarios y directos a la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a la de prisión de dos a cinco años para la mera cooperación con actos necesarios o a la de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte”.¹⁵⁰

Con la demanda presentada, el enfermo fundó su pedido en que la Constitución Española garantiza a los ciudadanos una adecuada calidad de vida y que, si no podía, proporcionársela estaba facultada para darle una muerte digna de un ser humano.

Este caso también se presentó ante el Comité de Derechos Humanos de Ginebra, invocando el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ratificado por España en 1977, el cual en el artículo 17 reconoce el derecho a la intimidad de la vida privada sin injerencias arbitrarias, el cual España estaba vulnerando.¹⁵¹ Dicha conculcación resultaría del hecho de haberse la justicia Española negado a reconocerle el derecho a que lo ayudaran a morir, lo que implicaba una violación de su derecho a no sufrir tratos inhumanos y degradantes garantizados por el Pacto, en relación a su derecho a una vida digna y en consecuencia a su derecho a morir dignamente.

Tras años de esfuerzos infructíferos Sampedro se suicidó en 1998 con la ayuda de su amiga Ramona Maneiro, quien le suministró cianuro disuelto en un vaso de agua. Ella fue detenida días después pero no fue juzgada por falta de pruebas. Luego de siete años, una vez que el delito prescribió Maneiro admitió en televisión haber facilitado a Ramón el veneno que le causó la muerte y que grabó un video donde éste pronunció sus últimas palabras.

El caso fue llevado al cine en el año 2004 por Alejandro Amenábar quien dirigió la película “Mar Adentro” protagonizada por Javier Bardem. Dicha film recibió el premio Oscar a la mejor película extranjera y catorce premios Goya.

8.2 Karen Ann Quinlan.

El caso más conocido a nivel mundial, que abrió el debate sobre el derecho a morir fue el de Karen Ann Quinlan.¹⁵²

En 1975 Karen a los veintiún años de edad sufrió un paro cardiorrespiratorio con motivo de haber ingerido gran cantidad de alcohol y drogas, lo que a posteriori la condujo a un estado vegetativo persistente.

Dicha joven fue mantenida con vida siendo alimentada por una sonda y asistida por un respirador, hasta que en un determinado momento y luego de quedar demostrado la inutilidad de los esfuerzos médicos para obtener su curación, los padres de Quinlan pidieron que su respirador sea removido para ponerle fin a la vida de su hija; pero los médicos se opusieron a tal solicitud. Por lo que, los padres manifestaron su pedido ante el Tribunal de Morristown, en New Jersey, el cual rechazó la pretensión fundamentando su decisión en que no existe una normativa que legalice dicha conducta.

La sentencia fue apelada ante el Tribunal Supremo de New Jersey, el cual en marzo de 1976 autorizó el retiro del respirador, fundamentando la resolución en el derecho constitucional a la intimidad, lo que implicaba la posibilidad de rechazar determinados tratamientos médicos, teniendo en cuenta, que en el caso en cuestión no existe la posibilidad razonable de que Karen se recupere para volver a un estado satisfactorio. Asimismo, se dijo que el interés del paciente de suspender su tratamiento médico era superior al interés del Estado de conservarla con vida.

Sin embargo, luego de la desconexión del aparato de respiración, Karen continuó siendo hidratada y alimentada artificialmente, manteniéndose con vida durante

nueve años más en estado vegetativo, hasta que finalmente falleció en el mes de junio del año 1985.

Es importante destacar que desde el caso Quinlan cincuenta Cortes en diecisiete Estados Norteamericanos han considerado el derecho del paciente a solicitar que un tratamiento le sea retirado, fundamentándolo en el respeto a la privacidad y en el common law que abarca dichas situaciones restringiendo de esta manera la potestad de los Estados a legislar sobre cuidados médicos.

8.3 Nancy Beth Cruzan.

El caso de Nancy Beth Cruzan,¹⁵³ fue otro de los más renombrados a nivel mundial.

Se trata de una ciudadana del Estado de Missouri, que en el mes de enero del año 1983, a la edad de veinticinco años, sufrió un accidente automovilístico, el cual le produjo lesiones irreparables.

Luego de siete años en estado vegetativo, sus padres en su representación y basándose en los deseos, manifestados con anterioridad al accidente, por Nancy, solicitaron al Centro de Rehabilitación de Mount Vernon, el retiro de la sonda gástrica que alimentaba a su hija, el cual le denegaron para evitar ulteriores responsabilidades. A raíz de esto, los padres de Nancy recurrieron al Tribunal del Circuito de Jasper Cauntry, Missouri, fundamentando su petición en los derechos constitucionales de libertad, privacidad, y debido proceso; asimismo, alegaron que el tratamiento era demasiado oneroso, no beneficiaba a su hija y solo prolongaba su agonía. El Tribunal hizo lugar a la petición planteada ordenando que se retirare la sonda que alimentaba a Nancy. En tal sentido el juez Charles E. Teel expresó que “hay un derecho natural fundamental expresado en nuestra constitución, como lo es el derecho a la libertad, el cual permite a un individuo rechazar los procedimientos que lo mantienen con vida cuando la persona no tiene mas funciones cognoscitivas”.¹⁵⁴

El fallo se fundamentó en la evidencia médica y en los testimonios de Christy Cruzan y Athena Comer, hermano y amiga de la compadeciente, quienes manifestaron los deseos de Nancy, que en caso de encontrarse en estado vegetativo, no quería que se la mantuviera con vida de manera artificial.

El guardián AD LITEM apeló la sentencia y el Tribunal Supremo, revocó la decisión del juez de primera instancia, al entender que la manifestación de voluntad que Nancy otorgó a sus familiares no era clara y convincente evidencia dada por adelantado de acuerdo al Estatuto de Missouri, por lo que se rechazó el permiso para retirar la sonda. Dicho pronunciamiento fue confirmado en fecha veinticinco de junio de 1990 por la Suprema Corte de los Estados Unidos. Al respecto la Corte dijo “la enmienda catorce provee que ningún Estado privará a ninguna persona de la vida, libertad, o propiedad sin el debido proceso de ley. La constitución de los EE. UU. garantiza a una persona competente un derecho constitucional a rechazar la continuación de la vida a través de la hidratación y nutrición, y un Estado puede aplicar un standard de clara y convincente evidencia si un guardián busca interrumpir el tratamiento de una persona cuyo diagnóstico expresa que se encuentra en un persistente estado vegetativo. Además una persona cuyos deseos son claramente conocidos tiene un derecho constitucional a rehusar tratamiento médico, no haciendo ningún distinción entre éste y la naturaleza del procedimiento de alimentación, considerando dicha práctica como integrante de aquel concepto”.¹⁵⁵

Transcurridos varios meses, el catorce de diciembre de 1990, el juez del Condado de Jasper Charles Teel, reabrió la causa en la cual se presentaron nuevas pruebas las cuales fueron fundamentales para que finalmente se autorice la suspensión del tratamiento de Nancy, lo cual fue confirmado por el Tribunal de Apelación.

En conclusión en el caso de Nancy Beth Cruzan, la Corte Suprema de EE. UU. reconoció el derecho constitucional de todas las personas a rechazar la continuación de

la vida a través de la hidratación y nutrición artificiales, cuando los deseos de estas a reusar el tratamiento médico son claramente conocidos. Asimismo, se estableció que solamente el paciente podría optar por la discontinuación del tratamiento y nadie más podría suplir esa decisión.

En síntesis, en este fallo se reconoce el derecho a morir, a quien se encuentra sufriendo una enfermedad progresivamente letal.

8.4 Terri Schiavo.

Otro caso que tuvo un gran impacto en la sociedad estadounidense fue el de Terri Schiavo.¹⁵⁶

En febrero de 1990, a la edad de veintiséis años Terry Schiavo como consecuencia de una dieta para adelgazar que estaba realizando, sufrió un ataque al corazón, que le interrumpió temporalmente el riesgo sanguíneo al cerebro y quedó en estado vegetativo persistente, pero no en coma y con una cierta limitada capacidad de respuesta. Así permaneció durante ocho años internada en el Hospital Público del Condado de Pinellas, en el Estado de Florida. Hasta que en el año 1998 su ex marido Michael Schiavo presentó una demanda solicitando a los Tribunales la interrupción de la alimentación e hidratación artificiales para posibilitarle su muerte. El argumento fundamental de la petición fue que Terri le había dicho en vida que prefería morir antes que vivir como lo estaba haciendo. Los padres de Terri Bob y Mary Schindler no estaban de acuerdo con ello y pensaban que su hija se podía recuperar con los tratamientos médicos, ya que ella les sonreía e intentaba hablarles; pero las juntas médicas declararon su estado vegetativo y afirmaron que las escasas reacciones que la misma tenía eran solo el resultado de reflejos.

En el año 2001 la petición del ex marido Michael, fue admitida por el Tribunal de Florida, el cual determinó el retiro de la sonda que alimentaba a Terri. Sin embargo, esta decisión fue apelada por los padres de Terri, los que lograron que un Tribunal

Superior la revirtiera ordenando conectar nuevamente la sonda. En el año 2003 el caso llegó a la Corte de Apelaciones distrital del 2º circuito de Florida, la cual determinó que la sonda de alimentación fuera removida; pero en virtud de una ley impulsada por el gobernador de Florida Jeb Bush se interrumpió la desconexión. Esta ley fue declarada inconstitucional un día después, por la Suprema Corte de Florida, lo que fue apelado por el gobernador ante la Suprema Corte de los EE. UU., que a comienzos del año 2005 rechazó dicha apelación. Como consecuencia de ello el Tribunal de Florida fijó como fecha para desconectar la alimentación de Terri el dieciocho de mayo, e incluso dejaron de suministrarle los medicamentos y tratamientos paliativos. Luego, el veintiuno de mayo el congreso de EE. UU. sancionó una ley que fue promulgada por el Presidente Bush ese mismo día, con el objeto de permitir a los padres de Terri apelar la sentencia ante un Tribunal Federal. La apelación fue rechazada por el juez Federal de distrito de Tampa, Florida; decisión que fue confirmada por un Tribunal Federal de Atlanta. A su vez, el pleno de la Corte Federal de Atlanta confirmó la decisión de aquel Tribunal y finalmente la Corte Suprema de los EE. UU. resolvió desconectar la alimentación artificial de Terri que al faltarle falleció de inanición y deshidratación el treintiuno de mayo del 2005.

Este caso presentó una multitud de problemas jurídicos, sociales y éticos. Las diversas decisiones de los jueces se asentaron en el principio de la dignidad de la persona, la autonomía personal, el derecho a no ser mantenido con vida de manera artificial, en el límite a las funciones del representante legal y en la intromisión competencial del poder legislativo en el judicial. Básicamente, en las diversas instancias judiciales se ha resuelto a favor de la pretensión de Michael Schiavo, aplicando la legislación vigente en el Estado de Florida a pesar de la complejidad del fallo, en el cual había ausencia de un testamento vital o declaración expresa de la víctima que permitiera conocer su verdadera voluntad, por lo que los medios probatorios en algunas

oportunidades eran meros indicios los cuales llevaron a la resolución final. Finalmente, tras siete años de batallas legales entre Michel y los padres de Terri, con el objeto de suspender los cuidados médicos, ella fallece como consecuencia de la suspensión de la alimentación e hidratación artificiales que recibía.

Podemos señalar dos casos que se relacionan con el de Terri Schiavo; uno de ellos sucedió en Gran Bretaña en el año 1993, donde se autorizó que se retirara la alimentación artificial de un paciente de diecisiete años de edad que se encontraba en estado vegetativo por consecuencia de los daños recibidos por un tumulto de gente en un partido de fútbol. La Cámara de los Lores resolvió de esta manera fundándose en la doctrina del mejor interés del paciente, porque se había afirmado que la permanencia en el estado en el que se encontraba no resultaba beneficioso para él. El segundo caso, se produjo en el año 1985 con Clarence Herbert, quien quedó en estado vegetativo persistente en el Hospital Kaiser-Permanente de los Ángeles como consecuencia de una operación quirúrgica que le provocó una lesión a nivel cerebral. Los médicos Neil Barber y Roberto Nedjl, junto con el consentimiento de la familia, desconectaron el respirador artificial pero como Clarence continuó respirando le retiraron la alimentación intravenosa causándole finalmente la muerte. El Tribunal de los Ángeles declaró absueltos a los médicos, fundándose en la ausencia de malicia, por la irreversibilidad del estado de la paciente también por considerar que hubo legalidad en la decisión.¹⁵⁷

En el punto siguiente centraremos nuestro análisis en la jurisprudencia comparada europea y colombiana.

8.5 Fallo del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

El siguiente caso se trata de una persona paralizada y con una enfermedad degenerativa incurable, que solicita al Estado de Gran Bretaña autorización para que el cónyuge la asista en el suicidio sin ser perseguido penalmente.¹⁵⁸

La demandante es una ciudadana británica de cuarentitres años que sufre una esclerosis lateral amiotrófica, la cual la degenera progresivamente afectándole las neuronas motrices del interior del sistema nervioso central. Esta enfermedad con el paso del tiempo le debilita los brazos, piernas y los músculos en forma progresiva y ningún tratamiento puede detener la evolución de esta enfermedad. Desde que se le diagnosticó dicha enfermedad en 1999 el estado de salud de la paciente se deterioro rápidamente encontrándose paralizada desde el cuello hasta los pies, la que la obligó a alimentarse por medio de una sonda, sin embargo su intelecto y capacidad para tomar decisiones continuaban intactas.

Ante esta situación la señora P. solicitó al Gobierno de Gran Bretaña un permiso para que su cónyuge la ayudara a suicidarse argumentando que su enfermedad es extremadamente penosa y lleva consigo una pérdida de dignidad, sin embargo a pesar de estos argumentos el permiso fue denegado. Por lo que el veintiuno de diciembre del 2001 presenta una demanda contra el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte ante la Comisión Europea de Derechos Humanos. Los fundamentos fueron la violación del derecho a la autodeterminación que establece el art. 8 del Convenio Europeo de D. H., del derecho a la vida (art. 2), de la prohibición de tortura (art. 3), de la libertad de pensamiento (art. 9), y de la prohibición de discriminación (art. 14 también del Convenio).¹⁵⁹

Sobre el derecho a la vida humana, la parte actora expresó que, otorgarle autorización para el suicidio asistido no vulnera el art. 2 del Convenio, el cual consagra el derecho a la vida y no la vida misma; correspondiéndole al individuo escoger seguir o no viviendo. A lo que el Gobierno contestó que dicho art. consagra expresamente que la muerte no puede ser provocada a ninguna persona intencionadamente, a excepción de diferentes circunstancias, las cuales no se producen en este caso. El Tribunal sobre este punto resolvió que el artículo protege el derecho a la vida sin el cual el goce de ninguno

de los demás derechos garantizados por el Convenio será posible; por lo que los Estados están obligados a abstenerse de matar de forma intencionada e ilegal y a tomar las medidas necesarias para proteger la vida de las personas que dependan de su jurisdicción.

En cuanto a la prohibición de tortura, el actor expresó que los padecimientos que sufre son un trato degradante en el sentido del art. 3 del Convenio, por lo que el Estado no solamente tiene la obligación negativa de abstenerse de infligir dicho trato a los ciudadanos sino también la obligación positiva de protegerlos contra ellos tomando las medidas necesarias para que, en este caso, la demandante alivie el sufrimiento que esta padeciendo. Por su parte, el Gobierno sostuvo que la obligación del art. 3 es absoluta cuando es negativa, en cambio respecto a las obligaciones positivas estas deben interpretarse de forma restrictiva, no imponiendo a las autoridades una carga insostenible o excesiva. Sobre esta cuestión, el Tribunal entendió que la obligación es esencialmente negativa de abstenerse de infligir lesiones graves a las personas, pero teniendo en cuenta la importancia primordial de este principio, los jueces cuentan con la flexibilidad suficiente para tratar su aplicación en otras situaciones que pudieran presentarse.

Con respecto al derecho a la autodeterminación expresó el demandante que el mismo se encuentra garantizado en el art. 8 del Convenio. Este derecho conlleva claramente la potestad de las personas de escoger cuando y como morir, por lo que se requieren razones particularmente graves para justificar una vulneración a un aspecto tan íntimo de su vida privada y que el Gobierno al negarle la autorización para el suicidio asistido no ha establecido la justificación de su inferencia porque no ha tenido en cuenta las circunstancias concretas del caso. El Gobierno alegó que el art. 8 del Convenio no se aplica al caso concreto al no contener el derecho a la vida un derecho a morir. El derecho a la vida que consagra el art. 8 protege la forma en la cual las

personas viven y no la manera en que se quitan la vida. El Tribunal entendió que se vulnera el derecho de la demandante al respecto de su vida privada en el hecho de que ésta se ve impedida por la ley de ejercer su elección de evitar lo que en su opinión será un final indigno y penoso; sin embargo los Estados tienen derecho a controlar a través de la aplicación del derecho penal las actividades perjudiciales para la vida y seguridad de los demás.

En cuanto a la libertad de pensamiento, la actora argumentó que el Reino Unido al rechazar el compromiso de no sancionar a su marido en caso de ayudarla a suicidarse impone una prohibición general que no permite tener en cuenta su situación particular. El Gobierno en cambio manifestó que en este caso no se aplica el art. 9 del Convenio ya que este protege la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión pero no les otorga a las personas un derecho general para dedicarse a todas las actividades de su elección para seguir sus convicciones cualquiera que estas sean. El Tribunal entendió que no se vulnera el art. 9 ya que los planteamientos de la demandante no se refieren a una forma de manifestación de una religión o de una convicción por medio del culto, la enseñanza, la práctica, o la observancia de los ritos.

Por último, la demandante planteó que fue víctima de una discriminación ya que se ve impedida de suicidarse, derecho del que gozan las demás personas capaces de hacerlo sin ayuda. El Gobierno alegó que no se vulnera el art. 14 del Convenio debido a que no se puede considerar que la demandante se encuentre en la misma situación que las personas que pueden suicidarse sin ayuda. El Tribunal sostuvo que existen razones para no distinguir a las personas que pueden suicidarse de las que no. Dijo que la distancia entre las dos categorías muchas veces es estrecha y legislar una excepción para las personas que no son capaces de suicidarse debilitaría seriamente la protección constitucional de la vida, aumentando el riesgo de abusos, por lo que concluye que no ha habido en este caso violación del art. 14.

En síntesis, el Tribunal declaró que la conducta del Estado demandado no había violado ninguno de los derechos garantizados por la Convención Europea de Derechos Humanos.

Seguidamente haremos mención de la reciente sentencia que a pronunciado la Corte Suprema de Justicia de Buenos Aires en el caso de una persona que se encontraba en estado vegetativo.

8.6 Reciente sentencia de la Corte Suprema de Buenos Aires.

Recientemente en Argentina se debatió judicialmente la posibilidad de suspender un tratamiento médico en caso de encontrarse el enfermo en estado vegetativo persistente.

La señora M. d. C. en el año 1998 se encontraba en estado vegetativo permanente e irreversible por el daño cerebral que le ocasionó la falta de oxígeno en el posparto de su cuarto hijo.¹⁶⁰

El veintinueve de octubre del año 2000, su cónyuge M. G. se presentó ante el Tribunal de Familia N° 2 de la Plata, peticionando el permiso para interrumpir la alimentación e hidratación artificial de su esposa. La demanda se fundamentó en que su mujer sería víctima de un encarnizamiento terapéutico, que además de atentar contra su derecho a vivir y morir dignamente, afectaría la integridad psíquica de sus hijos y de él mismo.

Contrariamente, los padres y hermanos de M. d. C. comparecieron en el juicio oponiéndose a la petición de M. G. el Tribunal de la Plata rechazó la demanda del señor M. G. y ordenó continuar con el tratamiento. Contra el fallo del Tribunal de Familia, el señor M. G. interpuso un recurso extraordinario de la inaplicabilidad de la ley y un recurso de nulidad ante el Superior Tribunal de la provincia de Buenos Aires, los cuales se fundaron en el derecho a oponerse a la recepción de tratamientos médicos desproporcionados frente al llamado encarnizamiento terapéutico. La Corte rechazó la

apelación por unanimidad. Los fundamentos de los jueces Hitters, Genoud y Roncoroni giraron en torno a la cuestión de la legitimación activa para decidir sobre la suspensión o continuación del tratamiento. Afirmaron que toda persona tiene un derecho indisponible a rechazar o suspender los tratamientos médicos, basados en el consentimiento informado (Art. 953, 1445 del Código Civil), el cual surge del principio bioético de autonomía introducido por el (Art. 13 de la Ley 24.193 de Transplante de Órganos). Este derecho se ejerce en forma irregular cuando se deriva en forma inmediata y necesaria la muerte del paciente, mientras que el derecho se ejerce regularmente cuando los tratamientos sólo procuran la prolongación de una existencia precaria lo que los hace irrazonables y desproporcionados. Asimismo, argumentaron que el derecho a elegir si suspender o continuar con los tratamientos médicos es la antítesis del derecho a vivir, es un derecho personalísimo que se encuentra plasmado en los artículos 33 y 75 inc. 22 de la Constitución Nacional,¹⁶¹ en conjunción con el art. 4 inc. 1º de la Convención Americana de Derechos Humanos;¹⁶² el art. 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos;¹⁶³ 6 inc. 1º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos;¹⁶⁴ 6 inc. 1º de la Convención sobre los Derechos del Niño¹⁶⁵ y 12 inc. 1º de la Constitución Provincial.¹⁶⁶ Por ser un derecho personalísimo, este puede ser ejercido únicamente por su titular en forma actual si conserva capacidad para decidir o anteriormente al momento de ejecutar la decisión si ha perdido tal capacidad. En este último supuesto debe probarse la voluntad precedente del paciente de manera fehaciente e indubitable. En caso de ausencia de prueba fehaciente, los terceros no pueden nunca ejercer por representación la elección del rechazo o suspensión de los tratamientos, ya que esto significa optar por la muerte, la cual únicamente el titular de la vida tendría legitimación para decidir por ella.

Por su parte, el juez Negri rechazó el recurso de apelación, en base a la irrazonabilidad de lo peticionado. Afirmó que para la normativa Argentina toda vida

humana es igualmente valiosa con independencia de su calidad y que la interrupción de la alimentación artificial implicaría una especie de homicidio, por lo que es un acto antijurídico. Siguiendo esta línea de pensamientos, la jueza Kogan expresó que el derecho personalísimo a suspender los tratamientos vitales se encuentra reconocido por el derecho Argentino, cuando la vida sólo existe en su aspecto biológico y aún cuando esta negativa conduzca a la muerte, con fundamento en el derecho a disponer de su propio cuerpo y de la vida, basado en el art. 19 de la C.N.. También, dijo que ante la falta fehaciente de la voluntad, podría otorgarse legitimación a los parientes más cercanos para tomar la decisión, siempre que fuera por unanimidad, lo cual no ocurre en este caso, por lo que ante la falta del acuerdo de los familiares más próximos la decisión judicial debe ser en el mejor interés del paciente.

Por su parte, el juez Soria amplió lo manifestado por la jueza Kogan y estableció basándose en el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de las personas, que es posible desistir de un determinado tratamiento médico, aunque con ello se provoque la muerte, pero aclaró que al ser la vida un derecho fundamental, limita la potestad de los jueces de dictar una resolución que conduzca a la muerte cuando el paciente no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad al respecto.

Por último, el juez Pettigiani manifestó que no existe el derecho a disponer de la propia vida, si se lo entiende como el ejercicio de una voluntad caprichosa de poner fin a la misma. También, opinó que tanto la alimentación como la hidratación artificiales no constituyen un acto de encarnizamiento terapéutico, y que corresponde al paciente tomar la decisión de continuar o no con el tratamiento desproporcionado en el momento de su ejecución; incluso, afirmó que toda vida humana es propia de cada persona y es digna cualquiera que sea su calidad y que no es inútil el sufrimiento para el que lo padece ni para la sociedad.

En conclusión, los argumentos del caso giran en torno a tres cuestiones: la interpretación jurídica del acto para el cual se pide autorización, la titularidad del derecho a decidir acerca del mismo y la existencia o no de un derecho a disponer de la propia vida en el derecho Argentino.

Respecto a la primera cuestión, los jueces Negri, Pettigiani y Roncoroni entienden que sin el consentimiento expreso o presunto del paciente, interrumpirle la alimentación e hidratación artificiales encuadra en la conducta típica de homicidio. Sobre el mismo punto, los magistrados Hitters, Kogan y Soria plantean que interrumpirle el tratamiento al paciente sin su consentimiento no constituye necesariamente un homicidio. Para los dos primeros a su vez es necesario analizar en cada caso en concreto, si el tratamiento es proporcionado o desproporcionado; únicamente podrá constituir un delito el retirar el tratamiento sin el consentimiento del paciente cuando el mismo sea proporcionado. Por otra parte, Soria tiene un argumento más amplio, ya que considera que la legislación Argentina sólo proporciona limitadas orientaciones acerca de la cuestión planteada, por lo que cada juez debe analizar cada caso en concreto y resolver discrecionalmente.

Sobre la segunda cuestión, la titularidad de la decisión acerca del rechazo de la alimentación e hidratación artificiales, otra vez las opiniones estas divididas. El juez Negri no brinda respuesta alguna ya que considera que no existe derecho a este rechazo, por lo que no puede discutirse sobre quien es el titular. En cambio, el doctor Roncoroni dice que solamente puede decidir ello el paciente. Asimismo, Pettigiani manifestó que la alimentación puede delegarse únicamente al médico que tiene a su cargo al enfermo. Por otro lado, los jueces Kogan y Hitters tienen una posición intermedia ya que entienden que en principio la decisión la debe tomar el paciente, salvo en los casos de incapacidad en la cual puede delegarse en los parientes más cercanos. Por último, el juez Soria entiende que nuestro derecho nada dice al respecto, por lo que cada juez debe

resolver de acuerdo a su sabido entender, siempre respetando el principio de que la vida es un derecho fundamental.

Sobre la tercera de las cuestiones, los jueces Hitters, Negri, Pettigiani y Kogan niegan que exista un derecho a disponer de la propia vida. Hitters lo niega al distinguir un ejercicio regular e irregular del derecho a rechazar los tratamientos médicos vitales; Pettigiani expresa que el derecho Argentino no protege una voluntad caprichosa de poner fin a la vida; Negri postula que en nuestra normativa la vida humana tiene un valor jurídico que supera el interés del propio titular y Kogan esgrime que el art. 19 de la C.N. únicamente ampara como manifestación del derecho a disponer de la propia vida el rechazo de medios que sólo garantizan la continuidad de una existencia precaria, sin embargo no sugiere la licitud de una disposición en casos de que el tratamiento sea proporcionado. En cambio, los jueces Soria y Roncoroni tienen una posición favorable a la existencia del derecho a disponer de la propia vida. El primero admite este derecho al ejemplificar las facultades reconocidas en el art. 19 de la C.N. con un caso Colombiano de homicidio piadoso. El segundo distingue, entre la opción del paciente de morir y la opción que los terceros podrían tomar en nombre del titular del derecho a la vida. Para este juez es inaceptable que los terceros opten directa o indirectamente por conducir a la muerte al titular de la vida, ya que eso implicaría estar en presencia de un homicidio, sin embargo si la decisión la toma el titular del derecho a la vida el caso no sería jurídicamente reprochable sino que se aceptaría como dimensión del derecho a vivir y morir dignamente.

9. Conclusión.

En el presente capítulo hemos desarrollado cual es el tratamiento legislativo y judicial en el derecho comparado sobre la eutanasia.

Hemos expuesto que los países de Francia, Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá admiten la posibilidad de que los menores de edad puedan manifestar su

voluntad para admitir o rechazar las terapias médicas propuestas por un profesional de la salud.

También, analizamos la práctica del consentimiento informado en Estados Unidos, Francia y España, los cuales establecen la obligación por parte de los médicos de informar a sus pacientes de su estado de salud, los procedimientos a aplicarles y respecto de los posibles tratamientos alternativos, si los hubiera, de la enfermedad que padece, poniéndolos en conocimiento tanto de sus efectos positivos como los negativos y es el enfermo el que decide cual le será aplicado.

Asimismo, desarrollamos como se ha legislado sobre el testamento vital en Estados Unidos, Australia, y en los principales países de Europa occidental coincidiendo todos ellos, en términos generales, en reconocer a las personas con capacidad para comprender el significado y alcance de sus actos la posibilidad de decidir, previamente a sufrir una enfermedad que la conduzca a un estado de inconciencia, que tratamientos médicos desea que le sean aplicados y cuales no, mediante la expedición de las pertinentes instrucciones. Respecto a nuestro país, hicimos referencia a los distintos proyectos que se presentaron a lo largo del tiempo, para lograr que la legislación Argentina regule la cuestión de las directivas previas.

Posteriormente, fuimos mencionando los diversos fallos judiciales y proyectos legislativos que precedieron la sanción de la ley en el año 2001 que admitió la eutanasia en Holanda, para luego hacer un análisis de la misma. Dicha ley llevó a que Holanda fuera el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, aunque esa práctica, ya años anteriores, era admitida a raíz de los diversos precedentes judiciales.

A posteriori, hemos analizado la sanción de la ley belga que en el año 2002 reguló, también, la eutanasia en ese país.

Finalmente, analizamos diversos fallos judiciales en el derecho comparado en los cuales se ha autorizado la eutanasia. Los fundamentos de los mismos fueron

similares basándose en el respeto a la privacidad, en el derecho a la libertad, el derecho a morir dignamente, el principio de la dignidad de la persona, la autonomía personal y en el derecho a no ser mantenido con vida de manera artificial.

Siguiendo la doctrina de la legislación holandesa, belga y los diversos fallos que permitieron la eutanasia quedaron demostrados los puntos dos y tres de la tesis por lo que debe permitirse la eutanasia en situaciones de enfermedades o en las casos de incapacidades graves e irreversibles para evitar la prolongación de la vida de las personas gravemente enfermas y de esta manera se no se aumentaría la angustia del enfermo terminal.

A continuación, analizaremos diversos proyectos sobre eutanasia, presentados en el Congreso de la Nación y realizaremos nuestra propia propuesta con la finalidad de proponer la legalización de la práctica eutanásica en Argentina.

Capítulo III

PROYECTOS DE LEYES RELACIONADOS CON LA EUTANASIA.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Proyectos de reformas del Código Penal. 2.1 Dres. Eusebio Gómez y Jorge E. Coll. 2.2 Dr. José Peco. 3. Proyectos de los Diputados. 3.1 José M. Corchuelo Blasco y Carlos Raúl Álvarez. 3.2 Miguel Ángel Bonino. 3.3 Luis Nicolás Polo. 3.4. Martha Alarcia. 3.5. Cristina Zuccardi. 3.6 Marta Milesi y María José Lubertino. 3.7 Víctor Manuel Federico Fayad. 3.8 Laura Judith Sesma, Mónica Hayde Fein y Silvia Augsburgger. 4. Conclusión.

1. Introducción.

La cuestión que abordaremos en el presente capítulo tiene que ver con los proyectos de leyes que se presentaron a lo largo del tiempo en Argentina y que están íntimamente relacionados con el tema de la eutanasia.

Comenzaremos exponiendo los principales proyectos que propusieron los diferentes legisladores, para reformar nuestro Código Penal.

Luego, continuaremos con un controvertido tema que ha generado un amplio debate doctrinario y jurisprudencial, el cual consiste en legalizar los diferentes temas que se vinculan con la necesidad de una normativa que autorice la práctica eutanásica.

A posteriori, demostraremos la hipótesis general la cual plantea que es necesario que el legislador cree un régimen legal que permita que una persona pueda en determinadas ocasiones ser asistida a poner fin a su vida, que le posibilite morir con dignidad, en vez de sufrir una degradación insoportable.

Para la realización de este capítulo analizaremos la normativa penal que los legisladores consideraron necesaria modificar, también estudiaremos la doctrina especializada en la materia y centraremos nuestro desarrollo en las propuestas de leyes presentadas por los diferentes Diputados nacionales.

2. Proyectos de reformas del Código Penal.

A lo largo del tiempo se presentaron diversos proyectos de ley relacionados con la eutanasia en el honorable Congreso de la Nación, los cuales desarrollaremos a continuación.

2.1 Dres. Eusebio Gómez y Jorge E. Coll.

En el año 1937 los Dres. Eusebio Gómez y Jorge E. Coll, presentaron un proyecto de ley, mediante el cual se pretendía reducir la pena entre uno y seis años de la establecida para el homicidio simple y para el parricidio, filicidio y conyugicidio.

En este sentido se disponía lo siguiente: “al que lo cometiere movido por un sentimiento de piedad ante el dolor físico de la víctima, si fuera intolerable y las circunstancias evidenciaran la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida del sufriente”.¹⁶⁷

2.2 Dr. José Peco.

A posteriori, en el año 1941 se presentó un proyecto de reforma al Código Penal, con la finalidad de morigerar la sanción penal para el supuesto de una muerte por motivos eutanásicos.

Al respecto el párrafo 3º del art. 114 relativo al homicidio-suicidio expresaba que “si el autor obrare por móviles piadosos y en caso de consentimiento mediante instancias apremiantes del interesado, la sanción será de uno a tres años”.¹⁶⁸

El doctrinario Luis Jiménez de Asúa, al comentar dicho proyecto entendió que “el homicidio piadoso es uno de los más característicos casos en que el juez debe resolver, perdonando, la injusticia de la serie ante el caso concreto”.¹⁶⁹

Seguidamente nos centraremos en las distintas propuestas presentadas en la legislatura nacional, referentes al tema de la eutanasia.

3. Proyectos de los Diputados.

3.1 José M. Corchuelo Blasco y Carlos Raúl Álvarez.

En 1996 los legisladores José M. Corchuelo Blasco y Carlos Raúl Álvarez, presentaron un proyecto de ley titulado “Derecho de oposición al empleo de todos los tratamientos médicos o quirúrgicos que prolonguen la existencia, que produzcan dolor, sufrimiento y/o angustia en caso de enfermedades incurables, irreversibles o terminales”.¹⁷⁰

Este proyecto se fundamentó en que el enfermo cuenta con un derecho a morir en forma natural y eso no significa que el mismo sufra abandono de persona o negligencia médica.

Asimismo, con este proyecto no se buscaba provocar la muerte del paciente por medio de tratamientos que le quitan en forma inmediata la vida, ya que esto implicaría un homicidio eutanásico, sino que lo que se buscaba era evitar padecimientos a un paciente que sufre una enfermedad irreversible y terminal.

Por lo tanto, al enfermo se le otorga el derecho a rehusarse a recibir tratamientos, siempre y cuando sea mayor de edad y se encuentre en pleno ejercicio de sus facultades mentales y debe realizarlo de manera voluntaria, libre, pudiendo a su vez revocar tal decisión en cualquier momento.

A su vez, se establecía como requisito que el médico este seguro de que el paciente sufre una enfermedad que le provocará la muerte si no se le aplican los tratamientos médicos o quirúrgicos que le causan dolores, y que no existe para su curación otro procedimiento médico posible. Todo ello debe ser confirmado por otro profesional de la salud independiente y se debe comprobar por medio de un médico psiquiatra que el paciente no se encuentra en un estado de depresión.

Asimismo, se establecía que se debía comunicar al afectado sobre las características de la enfermedad que lo aqueja, de su posible evolución y del tratamiento médico, debiendo ser asesorado siempre por un psiquiatra.

Por otra parte, se dispuso en tal proyecto que si el enfermo no se encontraba en aptitud física de rubricar la petición para interrumpir el tratamiento médico, podía ser sustituido por un tercero, el cual firmaría en su nombre y en presencia del médico, pero perdiendo sus familiares y asociados todo beneficio económico del mismo. También se estableció la pena de prisión de cuatro a doce años para el que procurara la firma de solicitud de cesación de tratamientos médicos mediante engaño o influencia indebida.

3.2 Miguel Ángel Bonino.

Su proyecto se denominó “Ley de derechos de enfermos terminales”,¹⁷¹ y tenía por finalidad que la vida del paciente terminara por causas naturales y de manera placentera.

Si bien se prohibía la eutanasia activa expresamente, se admitía la eutanasia pasiva, al establecerse que todo aquel que sufriera una enfermedad terminal y/o irreversible podía solicitar al médico que le ponga fin a su vida.

Así, colaborar para darle al paciente una muerte comfortable requería de la práctica de la eutanasia pasiva, es decir, mediante la abstención o interrupción de un procedimiento que le prolonga la vida de forma artificial, e inclusive la de suministrarle la nutrición e hidratación.

Para llevar a cabo la solicitud, es necesario según este proyecto que el pedido se realice por escrito, debiendo ser el peticionante mayor de edad y efectuarlo de manera libre, e indicarse en el mismo que él esta lúcido. Además debe ser suscripto por dos testigos que lo conozcan pero que no sean sus familiares hasta el cuarto grado, además de no estar beneficiados con la muerte, y debiendo el médico ser uno de ellos.

También se debe adjuntar el diagnóstico de dos médicos especialistas en la enfermedad del paciente del cual resulte que dicha persona padece una enfermedad terminal y que no existe tratamiento alguno que logre su recuperación.

Por lo tanto, a las personas mayores de edad y siendo estas competentes, se les reconoce el derecho de elegir el tratamiento a hacerles aplicado y a negarse a la iniciación o continuación de un tratamiento que le prolongue la vida.

3.3 Luis Nicolás Polo.

El proyecto presentado por el Diputado Luis Nicolás Polo se ha denominado “Ley sobre prolongación artificial de la vida humana”.¹⁷²

En él se establecía, además de la prohibición expresa de todo tipo de actos que impliquen la práctica de la eutanasia activa, el derecho de peticionar las personas y sus familiares más directos al o los facultativos que los atienden, a que no se le coloquen los procedimientos extraordinarios para prolongarles la vida, en el supuesto de encontrarse en una situación irreversible clínicamente.

Dicha solicitud podía realizarse de manera escrita u oralmente. Asimismo, debía tratarse de una solución razonable a criterio del médico, por el estado en el que se encuentra el paciente, sin posibilidad de curación.

El fundamento de este proyecto es el de evitar colocarles a los enfermos terminales los medios artificiales para la prolongación de sus vidas; ya que hoy en día podemos observar que los avances de la ciencia médica otorgan la posibilidad de supervivencia de las personas que padecen enfermedades de tipo terminal, pero no logran desaparecer el mal que las originan.

3.4 Martha Alarcia.

El proyecto de la Diputada Martha Alarcia fue presentado en el año 2002, al cual se lo llamó “Derecho de las personas a recibir o rechazar procedimientos quirúrgicos o tratamiento médico”.¹⁷³ Con este se pretendía legalizar la eutanasia pasiva, pudiendo la misma ser solicitada por cualquier persona que entienda la información que se le brinda y el efecto o resultado de su accionar, sin importar la naturaleza o la gravedad de su enfermedad.

Asimismo, dicha persona puede rehusarse a que le apliquen procedimientos quirúrgicos, hidratación y alimentación, reanimación artificial, e incluso a que lo diagnostiquen.

De acuerdo a la norma proyectada, no se establece para tales solicitudes la mayoría de edad, en cambio si se dispone como requisito que se efectúe en forma

personal ante el médico que lo atiende, pudiéndolo hacer en forma escrita o verbalmente y la misma no podrá ser revocada.

3.5 Cristina Zuccardi.

También en el año 2002 se presentó otro proyecto denominado “Régimen del ejercicio del derecho de los pacientes con enfermedades terminales a consentir o rehusar un tratamiento”,¹⁷⁴ con el que se buscaba autorizar la eutanasia pasiva.

La misma puede ser requerida, según este proyecto, por las personas mayores de catorce años de edad, que sean capaces y que se encuentren afectadas por una enfermedad de tipo terminal e irreversible, o que a consecuencia de un accidente se encontraren en una situación de igual magnitud.

El enfermo debe manifestar su voluntad por escrito, en presencia de dos testigos que no sean sus parientes, como así también deberá hacerse ante un oficial público. En el caso de que la persona fuere un menor de dieciocho años, sus representantes legales deberán asistirlo y firmar el documento donde conste dicha declaración.

3.6 Marta Milesi y María José Lubertino.

Luego, en el año 2003 las Diputadas Milesi Marta y Lubertino María José, presentaron un proyecto de ley llamado “Régimen del respeto a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales”.¹⁷⁵

Aquí, al igual que en los dos proyectos mencionados con anterioridad se busca garantizar el derecho a la eutanasia pasiva, que podrá ser pretendida por aquellos que sufran una enfermedad irreversible, incurable y se encuentren es un estadio terminal, o en el caso de que hayan sufrido un accidente que los coloque en igual situación. Ellos podrán impedir que los médicos les coloquen los procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial.

Es suficiente que los pacientes que solicitan la eutanasia pasiva cuenten con capacidad para comprender la distintas informaciones que se le suministran y las consecuencias de su obrar, por lo que no se establece un límite de edad.

Caso contrario, es decir, tratándose de incapaces o de personas que se encuentren en un estado de inconciencia a causa de la enfermedad que los aqueja o de un accidente que sufrieron, su representante legal o cónyuge, descendientes, ascendientes o sus parientes hasta el segundo grado podrán consentir la decisión.

Asimismo, con este proyecto se intenta obligar al médico a que, en el supuesto de encontrarse su paciente imposibilitado para manifestar su voluntad y no la hubiera otorgado con anterioridad, le recomiende a la familia de éste, la no aplicación o el retiro de los soportes que lo mantienen con vida cuando no logran el resultado esperado, o cuando el paciente se encuentra inconciente permanentemente y de manera irreversible y por último cuando les causen dolores insoportables e innecesarios con respecto a la efectividad que se busca.

3.7 Víctor Manuel Federico Fayad.

Este diputado hizo hincapié en el proyecto presentado en el año 2005 al que llamó “Opción de los enfermos terminales de negarse a recibir tratamientos terapéuticos con el fin de prolongar su vida”.¹⁷⁶

Con éste se pretendía que cualquier persona capaz, que se encuentre padeciendo una enfermedad de tipo terminal e irreversible pueda oponerse a que se le apliquen los tratamientos terapéuticos, o a que le realicen exámenes clínicos, o intervenciones quirúrgicas que tengan como fin únicamente prolongarle su existencia, cuando no haya para él posibilidad de cura. La declaración debe ser tomada libremente, luego de que el médico le comunique su diagnóstico, pronóstico y sobre los tratamientos clínicos o quirúrgicos alternativos posibles. A su vez, se requiere que se efectúe de manera expresa, por instrumento público o privado; en este último supuesto debe ser firmado

por dos testigos que conozcan al enfermo, pero no pueden serlo sus parientes consanguíneos o afines en línea recta hasta el cuarto grado, ni el cónyuge, ni tampoco aquellos que lo hayan conocido estando este hospitalizado.

Tratándose de una persona incapaz, serán sus representantes legales quienes solicitaran la oposición.

Asimismo, se establece que se podrá revocar la decisión de manera fehaciente y en cualquier momento.

En el supuesto de que el paciente se encuentre con muerte cerebral y no haya manifestado con anterioridad su oposición, sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y también su cónyuge podrán solicitarlo ante la autoridad jurisdiccional competente.

Por lo tanto, este proyecto tiene como finalidad que el paciente terminal que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, pueda ejercer la opción de manera libre, voluntaria y en forma previa, de oponerse a la aplicación de los procedimientos que le prolongan la vida, hasta un cierto tiempo, y no exista posibilidad alguna de mejora o curación.

3.8 Laura J. Sesma, Mónica H. Fein y Silvia Augsburguer.

El proyecto de ley denominado “Ley de declaración de voluntad vital anticipado: definición, creación del registro de voluntades anticipadas, diagnóstico de enfermedad terminal y estado vegetativo persistente”¹⁷⁷, fue presentado en el año 2008 por las diputadas mencionadas.

Su objetivo es lograr que se reconozca a las personas el derecho de elegir las actuaciones sanitarias que desea que le apliquen o no en el futuro, para el caso de encontrarse sin capacidad para manifestar sus deseos personalmente. De esta manera, en el supuesto de que el sujeto se encuentre sufriendo una enfermedad terminal o estado vegetativo persistente, con su declaración de voluntad vital anticipada evitaría ser objeto

de tratamientos médicos que solamente le prolongan artificialmente el proceso inminente de su muerte.

Asimismo, se establece que se debe crear un Registro de Voluntades Anticipadas, el cual dependerá del Ministerio de Salud de la Nación; en dicho registro las personas podrán inscribir su declaración de voluntad, cualquier modificación, sustitución, e incluso podrán revocar en cualquier momento el instrumento donde conste su voluntad anticipada. Podrá efectuar todo ello siempre y cuando se encuentre en pleno goce de sus facultades mentales.

El documento debe realizarse en forma escrita y ante las oficinas del registro al que hacíamos referencia anteriormente.

A su vez, las personas podrán designar a un representante para que interprete sus deseos e instrucciones.

Este proyecto de ley pretende que en todo el territorio nacional, las personas mayores de edad y capaces puedan expresar su voluntad de manera anticipada respecto de determinados procedimientos médicos de los cuales no desean ser objetos de aplicación, en el supuesto de que en el futuro se encuentren padeciendo una enfermedad terminal y estén imposibilitados de manifestar su voluntad en ese momento.

4. Conclusión.

En nuestro país, la legislación penal no contempla los supuestos de eutanasia. En cuanto a la ley 17.132 de ejercicio de la medicina,¹⁷⁸ determina que los médicos tienen la obligación de respetar la voluntad negativa de tratarse o internarse que ejerzan los pacientes; pero no en el caso de que haya sufrido un accidente o cuando se trate de una tentativa de suicidio o de delitos.

Por lo tanto, si la eutanasia pasiva consiste en la omisión de los tratamientos extraordinarios o de interrupción de los ya iniciados, cuando lo único que logran es prolongarle al paciente la vida de una manera artificial y sin que existan posibilidades

de mejora, no hay dudas de que no existe responsabilidad penal para los médicos que ejerzan esta clase de prácticas ya que, es la misma ley quien se los impone como un deber.

Asimismo, es importante establecer que cada paciente es un caso particular por lo que no se pueden generalizar las situaciones y se debe analizar y estudiar cada uno conforme a las circunstancias de la ley.

Por otra parte, ninguna persona debe juzgar las decisiones que adopten los demás, porque la mayoría de las veces desconocemos y estamos lejos de comprender los motivos que llevaron a esa persona a tomarla. Esta decisión a la que hacemos alusión la puede tomar el afectado de una enfermedad o incapacidad grave e irreversible y sus familiares excepcionalmente siendo asesorados por los profesionales de la salud tanto por médicos como por psicólogos.

A su vez, con la regulación de la práctica de la eutanasia no se obligaría a las personas a su uso, sino todo lo contrario, estaríamos aceptando que otros piensen de manera diferente y se otorgaría a todos los ciudadanos el derecho a la libre elección que le corresponde por ser tal.

Por lo expuesto precedentemente consideramos demostrada la hipótesis general, la cual sostiene que es necesario que el legislador cree un régimen legal que permita que una persona pueda en determinadas ocasiones ser asistida a poner fin a su vida, que le posibilite morir con dignidad, en vez de sufrir una degradación insoportable.

Con la aplicación de la eutanasia pasiva, en los casos de enfermos terminales o con incapacidades graves e irreversibles y contando con el consentimiento y solicitud de los mismos; se dejaría al ser humano morir de manera natural sin la aplicación de los tratamientos extraordinarios o desproporcionados, logrando de esta manera, lo que llamamos una muerte digna. Con ella se trata de evitar que el enfermo sufra dolores inaguantables, tanto físicos como morales, y que muera en soledad.

La preocupación del derecho siempre ha sido la persona humana, por lo que estamos convencidos de que el mismo debe avanzar de esa misma manera para lograr que el hombre obtenga una protección legal que le permita llegar a una muerte digna.

El poeta estadounidense Walt Whitman al hablar de muerte dijo lo siguiente: “Muerte, no seas orgullosa. Muerte, debes morir”.¹⁷⁹ Sabemos que todos somos mortales, y la muerte se hace inevitable para cada uno de nosotros. Por ello, aquí es menester traducir un antiguo proverbio italiano que tiene mucho de verdad, que dice: “Non é lo stesso morire, che parlare di morte”¹⁸⁰ (No es lo mismo morir, que hablar de muerte).

A continuación, realizaremos nuestra propia propuesta de cómo debería legalizarse la eutanasia para que no se violen los derechos constitucionales según los fundamentos expresados con anterioridad en este trabajo.

Capítulo IV

PROPUESTA Y CONCLUSIÓN.

SUMARIO: 1. Propuesta. 2. Conclusión. 3. Proyecto de ley sobre Muerte Digna: Régimen.

1. Propuesta.

Luego de analizar todos los proyectos que se han presentado en el Congreso de la Nación, relacionados con la eutanasia, consideramos que el que anexamos al final del trabajo es el más idóneo para que se legalice la práctica de la eutanasia pasiva en los casos de enfermedades e incapacidades graves e irreversibles.

Nuestra propuesta consiste en incorporar los siguientes artículos para regular situaciones que el proyecto de ley omite.

Por lo tanto, entendemos que es necesario que se agreguen:

Como art. 1 bis.- “Son requisitos de esta ley para ser legitimado activo en la solicitud de la eutanasia pasiva:

a) Que la persona se encuentre afectada de una enfermedad irreversiblemente letal, que le produzca sufrimientos inaguantables y muy difíciles de soportar.”

La incorporación de este inciso tiene por finalidad que los pacientes que padecen una enfermedad o incapacidad grave e irreversible puedan solicitar la eutanasia pasiva para poder morir dignamente.

b) “Que el enfermo manifieste su consentimiento de manera voluntaria y libre.”

Esto es indispensable para evitar que con el progreso de la ciencia médica se mantenga con vida artificialmente a los pacientes que se encuentran en estado de inconsciencia, retrazando de esta manera el curso natural de su muerte, cuando ésta es cercana e irreversible; provocando lo que se denomina encarnizamiento terapéutico o futilidad médica. Su aplicación conduce a la agonía injustificada, al sufrimiento extremo, la desfiguración y el aislamiento del enfermo. De esta manera el ensañamiento terapéutico, incluso cuando con él se pretenda respetar la vida, no sólo sería inútil, porque no ofrece esperanzas razonables de cura al enfermo, sino que causa un trato

degradante al paciente terminal y atenta contra su calidad de vida y su dignidad. A su vez, el enfermo no se encuentra desamparado o abandonado ya que se le siguen prestando los cuidados terapéuticos ordinarios y los cuidados paliativos que sean necesarios para él.

c) “Que en el acto participen el médico en el ejercicio de su profesión y el paciente, y aquellos que ayudan o facilitan la labor del profesional.”

Entendemos que el médico debería en estos casos acompañar al enfermo en el tránsito de su muerte proporcionándole los cuidados paliativos necesarios para su confort y el de su familia y evitar la prolongación artificial de su vida innecesariamente y de manera dolorosa, de quien tiene derecho a morir dignamente y rodeados de sus seres queridos.

Al establecerse las finalidades de este proyecto de ley, entendemos que es necesario que se incorpore como inciso c) del art. 2.- “Permitir que toda persona pueda solicitar libremente y en forma previa la práctica de la eutanasia pasiva, para promover la muerte natural y digna de los seres humanos.”

Con ello pretendemos que toda persona mayor de edad, en pleno goce de sus facultades mentales tenga derecho a declarar su voluntad en forma previa, mediante un documento de Declaración de Voluntad Anticipada, a ser sometido o no a los tratamientos extraordinarios, para el caso de que en el futuro se le diagnostique una enfermedad terminal o padezca una incapacidad grave y permanente y se encuentre inconsciente para expresar sus deseos. Asimismo, puede declarar su voluntad en el mismo momento a hacerle aplicados los procedimientos médicos siempre que fuere capaz.

Creemos que en la práctica la existencia de estos instrumentos servirían como prueba fehaciente de la voluntad del paciente, facilitando de esta manera la toma de decisiones de los profesionales de la salud y respetándose así, en todos los casos, la

autonomía del enfermo.

Asimismo, deben insertarse como inc. k) del art. 3.- “Eutanasia Pasiva: la omisión o interrupción del empleo de los procedimientos o tratamientos médicos extraordinarios a hacerle aplicados a una persona en situaciones de enfermedades o incapacidades graves e irreversibles.

Como inc. r) del art. 3.- Eutanasia Activa: consiste en la realización de una acción positiva, con la finalidad de causar la muerte de una persona.”

Consideramos que son necesarias sus conceptualizaciones para dejar en claro la diferencia que existe entre estas dos prácticas.

Debe agregarse como art. 15.- “Esta ley no autoriza la práctica de la eutanasia activa, o la provocación de la muerte por piedad.”

Entendemos que bajo ninguna circunstancia deben establecerse normas que permitan a un hombre terminar con la vida de otro porque esto significaría la legalización de una forma de homicidio.

2. Conclusión.

Si bien, por un largo tiempo la palabra eutanasia fue considerada inmoral y contraria a las buenas costumbres, hoy en día podemos afirmar, que la realidad social ha cambiado mucho respecto a la valoración de este tipo de prácticas médicas y se ha llegado a una tolerancia suprema e imprescindible para con las personas que soportan enfermedades o incapacidades graves e irreversibles, que le producen dolencias terribles; sin embargo, lamentablemente esto no ha sido acompañado por nuestro ordenamiento jurídico.

Podemos establecer que en nuestro país la falta de una regulación legal, ha llevado a que se susciten cantidades de injusticias y de situaciones de desprotección para los pacientes terminales, o de muerte inminente o de estado vegetativo permanente; ya que al no existir una ley que regule la práctica eutanásica, se vulneran los derechos

existenciales tales como, el derecho a la libertad de elección, a la privacidad, autonomía personal, el respeto y la protección de la dignidad humana y la integridad física y moral de las personas; todos ellos tutelados no solo por la Constitución Nacional y nuestra legislación interna, sino también por los Tratados Internacionales de Derechos Humanos incorporados en el artículo 75 inc. 22 de nuestra Carta Magna.

También, el Pacto de San José de Costa Rica garantiza en su art. 5 inc.1º: el derecho a la integridad física, psíquica y moral; inc 2º: la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes; en el art. 11: contempla la protección de la honra y la dignidad; y en su art. 12: consigna la libertad de conciencia y religión.

Asimismo, la Ley 17.132 de Régimen Legal de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares en el art. 19 establece las obligaciones de los profesionales de la salud y en el inc. 3 dice: “Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alineación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconsciencia o alineación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.

Ello nos lleva a pensar en la posibilidad de darle una respuesta afirmativa a quien desea morir, antes que afrontar el paulatino deterioro de su cuerpo, manteniendo una vida que le resulta insoportable, acosado por sufrimientos físicos, dado que el tema involucra simultáneamente la voluntad, la libertad, la autonomía y la privacidad del paciente.

La situación a la que hacemos referencia, involucra tanto al paciente terminal, como a otros pacientes irrecuperables, afectados por incapacidades y privaciones graves y permanentes que atentan contra su calidad de vida y su dignidad.

Es importante destacar que en cuanto a las directivas previas, en Estados Unidos, Australia, y en los principales países de Europa occidental se reconoce a las personas con capacidad para comprender el significado y alcance de sus actos la posibilidad de decidir, previamente a sufrir una enfermedad que la conduzca a un estado de inconciencia, que tratamientos médicos desea que le sean aplicados y cuales no, mediante la expedición de las pertinentes instrucciones.

Respecto a nuestro país, se presentaron a lo largo del tiempo, diversos proyectos para lograr que la legislación Argentina regule la cuestión de las directivas previas. Creemos que en la práctica, la existencia del testamento vital, facilitaría las decisiones de quienes rodean al paciente, dado que dispondrían de un instrumento que les posibilitaría conocer cual es la declaración de voluntad del mismo, y de esta manera se respetaría su autonomía. A su vez, con este documento se lograría limitar la intervención de los médicos, que no pueden actuar sin el consentimiento libre y voluntario del enfermo. En él el testador podría designar a un representante para que en el caso de padecer una enfermedad que lo conduzca a un estado de inconciencia o incapacidad, decida en su nombre o para que interprete su voluntad cuando haya duda sobre el alcance de las directivas descriptas en el testamento.

Por otra parte, Holanda fue el primer país en legalizar la eutanasia en el año 2001, aunque esa práctica ya años anteriores era admitida a raíz de los diversos precedentes judiciales; luego en el año 2002 Bélgica reguló también la eutanasia en ese país. Pero, analizando diversos fallos judiciales en el derecho comparado pudimos observar que en los mismos se ha autorizado la eutanasia. Los fundamentos fueron similares, basándose en el respeto a la privacidad, en el derecho a la libertad, el derecho a morir dignamente, el principio de la dignidad de la persona, la autonomía personal y en el derecho a no ser mantenido con vida de manera artificial.

La preocupación del derecho siempre ha sido la persona humana, por lo que

estamos convencidos de que el mismo debe avanzar de esa misma manera para lograr que el hombre obtenga una protección legal que le permita llegar a una muerte digna.

Se debe permitir la eutanasia pasiva en situaciones de enfermedades o en los casos de incapacidades graves e irreversibles, así se dejaría al ser humano morir de manera natural sin la aplicación de los tratamientos extraordinarios o desproporcionados, (procedimientos que no ofrecen esperanza razonable de beneficio al enfermo, sino que suponen una carga para él y su entorno, retrasando la muerte inevitable y prolongando una vaga agonía) logrando de esta manera, lo que llamamos una muerte digna. Con ella se trata de evitar que el enfermo sufra dolores inaguantables, tanto físicos como morales, y que muera en soledad, dándole la posibilidad de morir rodeado de sus seres queridos en su hogar. Por lo que se debe reconocer al ser humano la posibilidad de negarse a que se le realicen ciertos tratamientos o terapias invasivas que impliquen sufrimientos cuando se encuentre en las situaciones señaladas, o escribir una orden de no resucitar para las situaciones en las que el paciente presenta ausencia de signos vitales y la ciencia médica ya no pueda hacer nada para que recupere su calidad de vida.

Por lo tanto, si la eutanasia pasiva consiste en la omisión de los tratamientos extraordinarios o en la interrupción de los ya iniciados, cuando lo único que logran es prolongarle al paciente la vida de una manera artificial, o en otras palabras retrasan su muerte artificial e inútilmente, y sin que existan posibilidades de cura, no hay dudas de que no existe responsabilidad penal para los médicos que ejerzan esta clase de prácticas ya que, es la misma ley quien se los impone como un deber al disponer la Ley 17.132 de ejercicio de la medicina en su art. 19 que “los médicos tienen la obligación de respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse...”

Asimismo, es importante establecer que cada paciente es un caso particular por lo que no se pueden generalizar las situaciones y se debe analizar y estudiar cada uno conforme a las circunstancias de la ley.

Por otra parte, ninguna persona debe juzgar las decisiones que adopten los demás, porque la mayoría de las veces desconocemos y estamos lejos de comprender los motivos que llevaron a esa persona a tomarla.

Con la regulación de la práctica de la eutanasia no se obligaría a las personas a su uso, sino todo lo contrario, estaríamos aceptando que otros piensen de manera diferente y se otorgaría a todos los ciudadanos el derecho a elegir su proyecto de vida y el modo de vivir su enfermedad conforme a sus convicciones, respetándose el derecho de libertad de conciencia y de cultos que le corresponde por ser tal.

Consideramos que es imperiosamente necesario que se debata y legisle sobre la muerte digna para evitar el encarnizamiento terapéutico, es decir, el sufrimiento de pacientes terminales. Es necesario que se tengan en cuenta los derechos a la libertad de elección, autonomía personal, dignidad humana, intimidad y a la integridad física y moral garantizados por la Constitución Nacional y en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional.

Para finalizar, deseamos que ningún ser humano tenga que enfrentarse a una situación semejante. Pero si alguna vez nos hemos de enfrentar, estamos seguras de que Dios nos dará sabiduría para tomar la decisión correcta, la cual dependerá únicamente de nosotros y de nadie más.

Por todo lo expuesto precedentemente consideramos demostrada la hipótesis general, la cual sostiene que es necesario que el legislador cree un régimen legal que permita que una persona pueda en determinadas ocasiones ser asistida a poner fin a su vida, que le posibilite morir con dignidad, en vez de sufrir una degradación insoportable.

En conclusión, esperamos que con la realización de este trabajo hayamos convencido al lector de lo imprescindible de esta propuesta legislativa en el territorio de la República Argentina, para que se respeten los derechos reconocidos en nuestra Carta Magna y en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

H.Cámara de Diputados de la Nación

PROYECTO DE LEY

Texto facilitado por los firmantes del proyecto. Debe tenerse en cuenta que solamente podrá ser tenido por auténtico el texto publicado en el respectivo Trámite Parlamentario, editado por la Imprenta del Congreso de la Nación.

Nº Expediente	de 4086-D-2011
Trámite Parlamentario	112 (17/08/2011)
Sumario	MUERTE DIGNA: REGIMEN.
Firmantes	VEGA, JUAN CARLOS - ALBRIEU, OSCAR EDMUNDO NICOLAS - COMI, CARLOS MARCELO - BARRANDEGUY, RAUL ENRIQUE - MERCHAN, PAULA CECILIA - FORTUNA, FRANCISCO JOSE.
Giro Comisiones	a ACCION SOCIAL Y SALUD PÚBLICA; LEGISLACION GENERAL; DERECHOS HUMANOS Y GARANTIAS.

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

Todo ello reposa, en la natural dignidad humana y de la cual, son derivación los derechos humanos sin más.

Artículo 2. Fines.

La presente Ley tiene como fines:

- a) Proteger y asegurar la dignidad e integridad de la vida humana en el proceso de morir, como derecho humano indisponible.
- b) Reconocer y asegurar los proyectos autonómicos de la persona como así también, el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte, incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante una declaración vital de voluntad.

Artículo 3. Definiciones.

A los efectos de la presente Ley, se entiende por:

- a) Calidad de vida: Satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales.

- b) Integridad personal: Derecho al goce de su integridad física, psíquica y moral a tenor de los alcances del art. 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos.
- c) Consentimiento informado: La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada por parte de los profesionales correspondientes, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- c) Cuidados paliativos: Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal o de agonía, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos.
- d) Personas en proceso de muerte: Personas que se encuentran en situación terminal o de agonía.
- e) Situación de agonía: Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital terminal.
- f) Situación terminal: Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado, acreditado todo por médicos especialistas. Certificado que deberá demostrar que concurren síntomas intensos y cambiantes que requieren una gran intensidad en las intervenciones específicas por parte de profesionales sanitarios.
- g) Situación de incapacidad de hecho: Situación de inconsciencia o su pérdida parcial de tal modo que en las incapaciten para el entendimiento o ejercicio de la voluntad para gobernar su vida en forma autónoma. Para determinar judicialmente este estado de incapacidad, bastará un certificado de médico especialista.
- h) Declaración vital de voluntad: Manifestación escrita, hecha para ser incorporada al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la atención sanitaria que reciba en caso de enfermedad Terminal.
- j) Representante: Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración vital de voluntad anticipada manifestada de cualquier modo escrito y que conste, en la historia clínica o, de no existir éstas, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

Artículo 4. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.

1. Las personas que se encuentren en el proceso de muerte, tienen el derecho a tomar sus decisiones -respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten- con el más completo desarrollo informativo que le precede.

Artículo 5. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.

1. La persona que se encuentre en el proceso de muerte, agonía o terminal, tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios -con las salvedades hechas en el art. 13, siempre que esté fundado en un proceso de información suficiente, aunque con ello, se pueda poner en peligro la propia vida del rechazante. En particular a rechazar tratamientos mecánicos o farmacológicos de prolongación de vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiere firmar, firmará por el paciente una persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo deberá constar en la historia clínica o en la declaración vital de voluntad.

Artículo 6. Derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada. Inscripción en el Registro Público de Voluntades Anticipadas. Modificación, revocación y sustitución. Excepciones.

1. Toda persona mayor de edad y en pleno goce de sus facultades mentales -lo cual estará debidamente certificado por un profesional habilitado- tiene el derecho a formalizar su declaración vital de voluntad en las condiciones establecidas en esta ley y en el resto de normativa que sea de aplicación.

2. Dicha declaración vital de voluntad se expresará por escrito y en forma anticipada, y se podrá inscribir en el Registro Público de Voluntades Anticipadas a crearse, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, en el cual las personas podrán inscribir el otorgamiento, modificación, sustitución y revocación de los documentos de voluntades anticipadas.

3. Esa declaración de voluntad vital anticipada se incorporará a la historia clínica del paciente a su pedido personal y sin mayores formalidades.

4. La declaración vital de voluntad anticipada e inscripta en el Registro referido, podrá ser modificada, revocada o sustituida por otra en cualquier momento y siempre que la persona otorgante goce de las capacidades y aptitudes establecidas en el punto 1 de este artículo. Si el documento de voluntades anticipadas hubiera sido modificado, sustituido o revocado, se tendrá en cuenta el contenido del último documento otorgado. La declaración tendrá una validez jurídica médica de cinco años desde la fecha en que ha sido extendida, y podrá ser revocada tantas veces se quiera.

5. Cuando en la declaración de voluntad vital anticipada se designe a una persona representante, ésta siempre actuará buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad personal de la persona a la que represente. En todo caso velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas y las que no están previstas las interpretará de la forma y manera en que se represente el juicio decisorio que haría su representado, a cuyo efecto tendrá especialmente en cuenta, los valores u opciones vitales recogidos en la citada declaración.

6. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la declaración de voluntad vital anticipada y no existe representante legal alguno, a fin de presumir la voluntad que tendría el paciente si estuviera en ese momento en situación de capacidad, se tendrá en cuenta el informe de los médicos que lo hayan podido conocer o los registros existentes en la historia clínica.

7. Mientras la persona otorgante conserve su capacidad, su libertad de actuación y la posibilidad de expresarse, su voluntad prevalece sobre las instrucciones contenidas en el documento de voluntades anticipadas ante cualquier intervención clínica.

Artículo 7. Derechos de las personas en situaciones de incapacidad respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado.

1. Cuando la persona esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio de su médico responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento, se realizará, por este orden, por la persona designada específicamente a tal fin en la declaración vital de voluntad, por la persona que actúe como representante legal, por el cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal.

2. En el caso de pacientes incapacitados judicialmente se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacidad, salvo que en ella no exista prohibición o limitación expresa sobre la recepción de información o la prestación del consentimiento informado, situación en la cual el médico responsable valorará la capacidad de hecho del paciente, en razón de las particularidades establecidas en los artículos 3 y 4.

3. La situación de incapacidad no obsta para que el paciente sea informado y participe en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de incapacidad se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad del paciente se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubiera formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad.

Artículo 8. Deberes respecto a la información clínica.

1. El médico o médica responsable del paciente deberá garantizar el cumplimiento del derecho a la información establecido en el artículo 4, 5 y 6.

2. El resto de los profesionales sanitarios que le atiendan durante el proceso asistencial, también tienen obligación de facilitarle información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria.

3. Se informará acabadamente acerca de la existencia de los tratamientos médicos paliativos del dolor, que como tal deben estar previstos de rutina en los establecimientos hospitalarios públicos o privados.

4. Los profesionales a los que se refieren los apartados 1 y 2 dejarán constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada.

Artículo 9. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas.

1. El médico o médica responsable, antes de realizar cualquier intervención sanitaria a una persona en proceso de muerte, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia,

en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta. Cuidará especialmente de no imponer realizaciones médicas propias del encarnizamiento terapéutico. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario del paciente, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley.

2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas, aunque de tales no ejecuciones se ponga en riesgo vital la persona del enfermo.

3. En todo momento se informa al paciente, respecto de los tratamientos paliativos al dolor y se brindará el máximo posible de contención psicológica, emocional y familiar que sea disponible acorde a la naturaleza del padecimiento.

Artículo 10. Deberes respecto a la declaración vital de voluntad.

1. Todos los profesionales sanitarios están obligados a proporcionar a las personas que se la soliciten, información acerca del derecho a formular la declaración vital de voluntad de igual manera la institución hospitalaria pública o privada deberá contar con información institucional a dicho respeto.

2. Los profesionales sanitarios tienen obligación de respetar los valores e instrucciones contenidas en la declaración vital de voluntad siempre que de ellas no se imponga una conducta expresamente prohibida por las leyes. La violación a la misma por parte de médicos o instituciones de salud responsables de la atención y cuidado del declarante acarreará la obligación de indemnizar los daños y perjuicios causados a las personas afectadas. Ningún médico o institución de salud será responsable civil o criminalmente por el cumplimiento de esta ley.

Artículo 11. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.

1. El médico o médica responsable es quien debe valorar si el paciente pudiera hallarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí mismo. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica del paciente. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.

2. Para la valoración de estos criterios se podrá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención del paciente. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.

3. Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de la persona que deba actuar por el incapaz.

Artículo 12. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

1. El médico o médica responsable del paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica del paciente lo aconseje, evitando el encarnizamiento terapéutico. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica del paciente.

2. Dicha limitación requiere la opinión coincidente de, al menos, otros dos profesionales sanitarios de los que participen en la atención sanitaria del paciente. Al menos uno de ellos deberá ser personal facultativo médico. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.

Artículo 13: El ejercicio de los derechos reconocidos en esta ley no afectan de forma alguna la calidad del cuidado básico de salud (entre ellas: alimentación e hidratación), a la higiene, a la comodidad y seguridad que serán provistos para asegurar el respeto a la dignidad de la persona enferma y los naturales derechos humanos que de ella emergen y la misma calidad de vida que debe ser garantizada hasta el mismo momento de la muerte. Ni impiden la toma de decisiones personalísimas del paciente en situación de agonía terminal sobre prácticas médicas especializadas que busquen poner fin al sufrimiento de la vida humana.

Artículo 14: Créase el registro de voluntades anticipadas dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, en el que las personas voluntariamente podrán inscribir el otorgamiento, modificación, sustitución y la revocación de los documentos de voluntades anticipadas.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

La búsqueda de procurar medios dignos a fin de llevar adelante los cuidados y la toma de decisiones al momento de padecer una enfermedad terminal o de agonía frente a un proceso de muerte, nos lleva a presentar este proyecto que permita un adecuado tratamiento de las condiciones, derechos de los pacientes y deberes de los profesionales de la salud, todo ello a fin de lograr lo que se ha llegado a conceptualizar como "muerte digna".

Como han los expertos, por muerte digna se entiende a la exigencia ética que atiende a la forma de morir y el derecho que cuenta todo ser humano para elegir o exigir para sí y para una persona a su cargo, una "muerte a tiempo", es decir sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irracionales (distanasia) o cruelmente obstinadas (encarnizamiento médico) del proceso de morir. Concretándose esa muerte correcta, mediante la abstención, supresión o limitación del tratamiento, extraordinario o desproporcionado.

Por lo expresado, y a fin de dejar en claro las posturas de lo aquí regulado, es que se torna necesario el diferenciar claramente este accionar frente a otros que si bien parecerían similares, distan en sus diferencias de serlo. Este proyecto no regula la práctica de la eutanasia, entendida ésta como el acto de asistencia de un tercero a fin de lograr la muerte de una persona por piedad o ante el sufrimiento o cumplimiento de su deseo de morir por las razones que la persona en fase terminal o de agonía alegue.

La muerte digna lo que procura es, en definitiva, el ejercicio del derecho que tiene una persona a no someterse a un tratamiento médico prolongado que pudiera implicar un encarnizamiento terapéutico o incluso a usar de practicas medicas tendientes a poner fin a sufrimientos de pacientes en situación de agonía terminal.

Como se ha expresado, "La agonía injustificadamente prolongada, el sufrimiento extremo, la desfiguración y el aislamiento del paciente; cualquiera de ellas puede ser la consecuencia del encarnizamiento terapéutico que conlleva formas de morir que resultan una caricatura de la dignidad personal"

Existen en el mundo, legislación sobre la materia. Ya desde 2006, la Comunidad autónoma de Andalucía (España) ha aprobado normativa tendiente a regular tales postulados.

Conforme lo establece la Exposición de Motivos de la Ley de Muerte Digna dictada en Andalucía: "Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquélla como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna...".

De allí que el rechazo del tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas como acciones de eutanasia. Dichas actuaciones nunca buscan deliberadamente la muerte, sino aliviar o evitar el sufrimiento, respetar la autonomía del paciente y humanizar el proceso de la muerte. Aceptar el derecho de las personas enfermas a rechazar una determinada intervención sanitaria no es sino mostrar respeto a la autonomía personal, a la libertad de cada uno para gestionar su propia biografía asumiendo las consecuencias de las decisiones que toman. Pero también se pretende con esta ley, el atribuir un conjunto de obligaciones para instituciones sanitarias, públicas o privadas, en orden a garantizar los derechos de los pacientes. Se procura así, regular los deberes de los profesionales sanitarios encargados de la atención a personas ante el proceso de muerte, en lo que se refiere a la información sobre su proceso, de la que deberá quedar constancia en la historia clínica y al respeto de las preferencias del paciente en la toma de decisiones, ya se expresen éstas a través del consentimiento informado o en forma de testamento vital, estableciéndose para este caso criterios mínimos para la valoración de la incapacidad de hecho del paciente.

Se procura con esta norma, el continuar con los cambios de paradigmas en cuanto al abordaje existente por parte del profesional médico frente al paciente y las decisiones que muchas veces no son compartidas con éste. Procuramos revertir lo que los especialistas denominan "paternalismo médico". En donde el paciente sea el que libremente consienta el tratamiento o cuidado paliativo al que puede ser sometido. Como se expresa, "la existencia de dicho consentimiento informado, es la principal

muestra que se reconoce al otro, no sólo como un sujeto autónomo para tomar decisiones por sí mismo, sino antes de ello, como persona con una dignidad como cualidad trascendente, y dotada de libertad como cualidad natural".

Otro de los contenidos claves del ideal de muerte digna que goza de consenso es el derecho de las personas a redactar un documento escrito en el que hagan constar sus deseos y preferencias de tratamiento para el caso eventual en el que no puedan decidir por sí mismas, denominado aquí como "Testamento vital". Declaración de voluntad que posibilite a los profesionales de la salud, conocer los alcances del consentimiento del paciente al momento que se pretenda intervenir sobre su cuerpo, y que contribuye a esclarecer los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes en el proceso de muerte.

Como ya se ha expresado, cabe destacar, que la ausencia de normativa subconstitucional específica referida a las denominadas directivas anticipadas, "living wills", testamentos vitales, disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad y otras acepciones similares desarrolladas en el derecho comparado. (puede verse al respecto, Nelly A. Taiana de Brandi y Luis Rogelio Llorens, Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad, Ed. Astrea, Buenos Aires, 1996; Omar F. Hiruela y María del P. Hiruela de Fernández, "El denominado testamento vital y el derecho a morir dignamente", en revista jurídica "Jurisprudencia Argentina", número especial Bioética, Buenos Aires, 03/11/2004, ps.20/30; acerca de proyecciones bioéticas, puede asimismo consultarse: Armando S. Andruet (h) -U.C.C., Bioética, Derecho y Sociedad, Ed. Alveroni, Córdoba, 2004; Jorge L. Manzini, "Las directivas anticipadas para tratamientos médicos", en revista jurídica "Lexis Nexis Jurisprudencia Argentina", número especial Bioética, 1ra. Parte, con la coordinación del suscripto, Buenos Aires, 12/12/2001 (JA. 2001-IV, fascículo n° 11), ps. 40/47), no implica que el referido instituto resulte extraño al ordenamiento jurídico argentino, partiendo prioritariamente de normas, principios y valores consagrados en la Constitución Nacional, y en un sentido más amplio, del denominado bloque de constitucionalidad, conforme previsiones del art. 75 inciso 22 de la Constitución Federal, que otorga jerarquía constitucional a los instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos allí numerados (Germán J. Bidart Campos, Compendio de Derecho Constitucional, Ed. Ediar, Buenos Aires, 2004, ps. 23/24).

La eutanasia no constituye ni materia ni objeto de este proyecto de ley. Estamos legislando sobre el derecho humano del individuo a tener una muerte digna.

Por ello, es que ponemos a consideración el presente proyecto, a fin de poder avanzar en un mejor trato de las personas sometidas a las situaciones de proceso de muerte aquí prescriptas, procurando así una mayor "humanización" de los procesos médicos y paliativos frente esta realidad que se presenta diariamente a cientos o miles de nuestros habitantes diariamente.

Finalmente decimos que la matriz jurídica-ética de este proyecto de ley está situada en el art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El derecho humano a la Integridad personal comprende y abarca el derecho a una muerte digna.

-
- ¹ ARANDA, Enrique Díaz. Eutanasia. Delitos contra las personas. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2003. p. 300.
- ² GAFO, Javier. El debate ético y legal sobre la eutanasia y las personas con deficiencia mental. 3ª Ed. Madrid. AA.VV.: 1999. p. 171.
- ³ MUÑOZ, Garrido Rafael. [en línea] [Citado 25/03/11] [Disponible en Internet www.senado.es/boletines/cs0414.html] [Última consulta 28/03/11].
- ⁴ BLANCO, Luis Guillermo. Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas. 2ª Ed. Buenos Aires. Ad-Hoc: 1997. p. 30.
- ⁵ KIPER, Jorge. La justicia en la sociedad que se avecina. La eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. Losada: 1997. p. 67.
- ⁶ FARELL, Martín Diego. La ética del aborto y la eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. Abeledo-Perrot: 1993. p. 106.
- ⁷ ROXIN, Claus. Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia, en eutanasia y suicidio. 1ª Ed. Granada. AA.VV.: 2001. p. 3.
- ⁸ NUÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. 1ª Ed. Madrid. Tecnos: 1999. p. 450.
- ⁹ MEDINA, Graciela. ¿Prolongar la vida o prolongar la agonía? La eutanasia en el Derecho Argentino. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2006. p.64.
- ¹⁰ MANTOVANI, Ferrando. El problema jurídico de la eutanasia, en eutanasia y suicidio. 2ª Ed. Granada. AA.VV.: 2001. p. 83.
- ¹¹ SAMBRIZZI, Eduardo A. Derecho y eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. La ley: 2005. p. 175.
- ¹² IBID p. 175.
- ¹³ MEDINA, ob. cit., p. 65.
- ¹⁴ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 176.
- ¹⁵ FERRATER MORA, José y Cohen, Priscilla. Ética aplicada. Del aborto a la violencia. 2ª Ed. Madrid. Alianza: 1991. p. 95.
- ¹⁶ FUNDAMENTOS DE BIOÉTICA, Madrid, 1989, p. 11, cit. por Núñez Paz, Miguel Ángel. Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad, cit. págs. 49 y sig., nota 63.
- ¹⁷ BARRENECHEA, Juan J. Aspectos legales de la eutanasia, en la eutanasia y el arte de morir. 1ª Ed. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas: 1990. p. 87-88.
- ¹⁸ FERRATER, ob. cit., p. 95.
- ¹⁹ MEDINA, ob. cit., p. 65.
- ²⁰ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 180.
- ²¹ ARANDA, ob. cit., p. 302.
- ²² RUIZ, Silvia. La eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2006. p. 146.
- ²³ BLANCO, ob. cit., p. 38.
- ²⁴ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 182.
- ²⁵ NIÑO, Luis Fernando. Eutanasia. Morir con dignidad. 1ª Ed. Buenos Aires. Universidad: 2005. p. 83.
- ²⁶ IBID p. 83.
- ²⁷ ROXIN, ob. cit., p. 3.
- ²⁸ IBID p. 3.
- ²⁹ NIÑO, ob. cit., p. 83.
- ³⁰ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 189.
- ³¹ TINANT, Eduardo Luis. Antología para una bioética jurídica. 1ª Ed. Buenos Aires. La ley: 2004. p. 42.
- ³² TARQUIS, Alfonso Pedro. Bases teológicas de la ética protestante, en bioética y religiones: el final de la vida. 3ª Ed. Madrid. AA. VV.: 2000. p. 60.
- ³³ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 195.
- ³⁴ IBID p. 196.
- ³⁵ IBID p. 196.
- ³⁶ NUÑEZ PAZ, ob. cit., p. 79.
- ³⁷ TINANT, ob. cit., p. 41.
- ³⁸ MEDINA, ob. cit., p. 66.
- ³⁹ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 203.
- ⁴⁰ MONTERO, Etienne. [En línea] [Citado 5/04/11] [Disponible en Internet www.udep.edu.pe/bolcapella/capinf87.html] [Última consulta 6/04/11].
- ⁴¹ GAFO, ob. cit., p. 162.
- ⁴² BLANCO, ob. cit., p. 49.
- ⁴³ MENDEZ, Baiges Víctor. Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones. 1ª Ed. Madrid. Trotta: 2002. p. 51.
- ⁴⁴ IBID p. 53.
- ⁴⁵ BLANCO, ob. cit., p. 52.
- ⁴⁶ LA LEY: 2005 Código penal de la República Argentina. Buenos Aires.

- ⁴⁷ MUÑOZ, Garrido Rafael. [En línea] [Citado 21/04/11] [Disponible en Internet www.senado.es/boletines/cs0414.html] [Última consulta 27/04/11].
- ⁴⁸ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 321.
- ⁴⁹ BLANCO, ob. cit., p. 56.
- ⁵⁰ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 324.
- ⁵¹ IBID p. 324.
- ⁵² IBID p. 324-325.
- ⁵³ IBID p. 325.
- ⁵⁴ TINANT, ob. cit., p. 43.
- ⁵⁵ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 153.
- ⁵⁶ ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES A PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO, ASPECTOS CIENTÍFICOS Y MORALES. [En línea] [Citado 25/04/11] [Disponible en Internet http://www.corazones.org/moral/enfermedad/estado_vegetativo.htm] [Última consulta 26/04/11].
- ⁵⁷ NUÑEZ PAZ, ob. cit., p. 74-80.
- ⁵⁸ ZEUS: 2000 Constitución de la Nación Argentina. Rosario. p. 25.
- ⁵⁹ PACTO DE SAN JOSÉ DE COSTA RICA. [En línea] [Citado 25/04/11] [Disponible en Internet <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>] [Última consulta 27/04/11].
- ⁶⁰ ZEUS: 2000 Constitución de la Nación Argentina. Rosario. p. 9-11.
- ⁶¹ BLANCO, Luis Guillermo. Bioética y Bioderecho. 1ª Ed. Buenos Aires. Universidad: 2002. p. 363.
- ⁶² CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre la Eutanasia (Roma, 5-5-80), Ediciones Trípode, Caracas, 1980, p. 10-11.
- ⁶³ BURSZTEIN, Abraham León, Kohan, Miriam Corina, Dutack, Alejandro Andrés y Botto, Carlos Gustavo. Empleo del formulario de consentimiento informado en endoscopia digestiva, en Cuadernos de Bioética. 1ª Ed. Buenos Aires. Ad-Hoc: 2000. p. 69.
- ⁶⁴ ZEUS: 2000 Constitución de la Nación Argentina. Rosario. p. 10.
- ⁶⁵ TINANT, ob. cit., p. 54.
- ⁶⁶ LEMON, Alfredo. La más secreta intimidad. El derecho constitucional en los umbrales de la muerte. Buenos Aires. La Ley: 1993-E-834, nota 14.
- ⁶⁷ PINCEMIN, Isabel. Aprender a morir. Nuevas respuestas frente a la medicalización de la muerte. *Communio*, Revista Católica Internacional año 12, n° 1, 2005. p. 47.
- ⁶⁸ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 101.
- ⁶⁹ DALMACIO VÉLEZ SARFIELD: 2000 Código Civil de la República Argentina. Buenos Aires.
- ⁷⁰ IBID.
- ⁷¹ LEY 26.579 DE MAYORÍA DE EDAD. [En línea] [Citado 9/05/11] [Disponible en Internet <http://www.iurislex.com.ar/2009/12/22/ley-26579.html>] [Última consulta 10/05/11].
- ⁷² LEY 17.132 DE RÉGIMEN LEGAL DE LA MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ACTIVIDADES AUXILIARES. [En línea] [Citado 3/05/11] [Disponible en Internet <http://www.portalargentino.net/leyes/117132.pdf>] [Última consulta 4/06/11].
- ⁷³ CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. [En línea] [Citado 17/06/11] [Disponible en Internet <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-11/tema-8.htm>] [Última consulta 18/06/11].
- ⁷⁴ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 104.
- ⁷⁵ CONVENCION INT. SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. [En línea] [Citado 15/08/11] [Disponible en Internet <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>] [Última consulta 17/08/11].
- ⁷⁶ LEY 24.193 DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS. [En línea] [Citado 20/08/11] [Disponible en Internet <http://www.incuca.gov.ar/institucional/legislacion/ley24193.jsp>] [Última consulta 23/08/11].
- ⁷⁷ ANDRUET, Armando. Bioética, Derecho y Sociedad. Conflicto, ciencia y convivencia. 1ª Ed. Córdoba. Alveroni: 2004. p. 81.
- ⁷⁸ LEY 24.193 DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS. [En línea] [Citado 20/06/11] [Disponible en Internet <http://www.incuca.gov.ar/institucional/legislacion/ley24193.jsp>] [Última consulta 25/06/11].
- ⁷⁹ LEY 17.132 DE RÉGIMEN LEGAL DE LA MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ACTIVIDADES AUXILIARES. [En línea] [Citado 21/06/11] [Disponible en Internet <http://www.portalargentino.net/leyes/117132.pdf>] [Última consulta 24/06/11].
- ⁸⁰ LEY 24.193 DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS. [En línea] [Citado 23/06/11] [Disponible en Internet <http://www.incuca.gov.ar/institucional/legislacion/ley24193.jsp>] [Última consulta 27/06/11].
- ⁸¹ MEDINA, ob. cit., p. 85.
- ⁸² NIÑO, ob. cit., p. 196 y 244.
- ⁸³ SZAFIR, Dora. La autonomía de la voluntad y los derechos del paciente. 1ª Ed. Buenos Aires. San Fernando: 2001. p. 92.
- ⁸⁴ ANDRUET, ob. cit., p. 250.

- ⁸⁵ IBID p. 250.
- ⁸⁶ SICA, Josefina Rita y Flacón, Patricia. Reconocimiento de la negativa del paciente al acto médico. Reproducida en instrumento privado o público. La Ley: 1998-E-1146, IV.
- ⁸⁷ ROXIN, ob. cit., p. 21.
- ⁸⁸ OSSORIO, Manuel. Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. 28ª Ed. Buenos Aires. Heliasta: 2001. p. 112.
- ⁸⁹ CASABONA, Romeo. El médico y el derecho penal. La actividad curativa, licitud y responsabilidad penal. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2011. p. 147.
- ⁹⁰ CHARLESWORTH, Max. Bioethics in a liberal society. 2ª Ed. Cambridge: 1993. Cito por la edición española de la C.U.P. 1996. Traducción de Mercedes Gonzáles. p. 1.
- ⁹¹ ZEUS: 2000 Constitución de la Nación Argentina. Rosario. p. 10-11.
- ⁹² BLANCO, ob. cit., p. 112.
- ⁹³ CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CONSEJO DE COLEGIOS MÉDICOS DE CATALUÑA. [En línea] [Citado 15/09/11] [Disponible en Internet <http://www.aceb.org/susp.htm>] [Última consulta 16/09/11].
- ⁹⁴ CÓDIGO CIVIL DE ESPAÑA. [En línea] [Citado 24/08/11] [Disponible en Internet http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/cc.11t7.html#a154] [Última consulta 25/08/11].
- ⁹⁵ SCHERMAN, Ida Ariana. Los menores y las decisiones médicas en la legislación y jurisprudencia norteamericana, en Derecho de Familia. Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia, nº 26, Buenos Aires: 2002. p. 192.
- ⁹⁶ RABINOVICH, Berkman, Ricardo. Actos Jurídicos y Documentos Biomédicos. 1ª Ed. Buenos Aires. La Ley: 2004. p. 57.
- ⁹⁷ CÓDIGO CIVIL DE QUEBEC. [En línea] [Citado 17/09/11] [Disponible en Internet http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&langpair=en%7Ces&rurl=translate.google.com.ar&u=http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php%3Ftype%3D2%26file%3D/CCQ/CCQ_A.html&usg=ALkJrhiNCukqkGISdQOqqaw8oPZ_e9UFvA] [Última consulta 19/09/11].
- ⁹⁸ CASO DE SCHBOENDORF V. SOCIETY OF NEW YORK HOSPITAL. [En línea] [Citado 20/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.willamette.edu/wucl/pdf/review/42-3/wiltbank.pdf>] [Última consulta 21/09/11].
- ⁹⁹ RABINOVICH, ob. cit., p. 261.
- ¹⁰⁰ IBID p. 262.
- ¹⁰¹ IBID p. 262.
- ¹⁰² LEY GENERAL DE SANIDAD ESPAÑOLA. [En línea] [Citado 12/08/11] [Disponible en Internet http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.html] [Última consulta 14/08/11].
- ¹⁰³ IBID.
- ¹⁰⁴ LEY 94.653 [En línea] [Citado 21/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=fr%7Ces&u=http://lexinter.net/Legislation/droitscivils.htm>] [Última consulta 23/09/11].
- ¹⁰⁵ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 141.
- ¹⁰⁶ LEY DE DECISIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA. [En línea] [Citado 20/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.coalitionccc.org/pdf/HcaltcareDecisionsLawfactsheet.pdf>] [Última consulta 21/09/11].
- ¹⁰⁷ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 144.
- ¹⁰⁸ LEY 41/2002. [En línea] [Citado 19/08/11] [Disponible en Internet <http://civil.udg.es/normacivil/estatal/persona/pf/L41-02.htm>] [Última consulta 21/08/11].
- ¹⁰⁹ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 144.
- ¹¹⁰ CARTA DE AUTODETERMINACIÓN. [En línea] [Citado 24/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=it%7Ces&u=http://liberidiscegliere.wordpress.com/saperne-di-piu/saperne-di-piu-1-tutto/>] [Última consulta 25/09/11].
- ¹¹¹ CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA DE ITALIA. [En línea] [Citado 26/09/11] [Disponible en Internet http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=it%7Ces&u=http://www.fondazioneanza.it/em/gb/Deontologia_galatei_codici_deontologici.pdf] [Última consulta 27/09/11].
- ¹¹² TESTAMENTO VITAL. [En línea] [Citado 9/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=enjes&u=http://www.apg.gov.au/library/pubs/rp/1996-97/97rp4.htm>] [Última consulta 10/09/11].
- ¹¹³ IBID.
- ¹¹⁴ IBID.
- ¹¹⁵ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 145.

- ¹¹⁶ LEY BELGA. [En línea] [Citado 12/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=n|es&u=http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/levengeinde/euthanasie/>] [Última consulta 13/09/11].
- ¹¹⁷ IBID.
- ¹¹⁸ RECOMENDACIÓN DEL AÑO 1999. [En línea] [Citado 13/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=fr|es&u=http://assembly.coe.int/Mainf.asp%3Flink%3D/Documents/AdoptedText/ta99/FREC1418.htm>] [Última consulta 15/09/11].
- ¹¹⁹ CONVENIO DE OVIEDO. [En línea] [Citado 20/08/11] [Disponible en Internet <http://www.unav.es/cdb/coeconvencion.html>] [Última consulta 23/08/11].
- ¹²⁰ PROYECTO DE LEY SOBRE TESTAMENTO VITAL. [En línea] [Citado 17/09/11] [Disponible en Internet http://www3.hcdn.gov.ar/folio-cgi-bin/om_isapi.dll?clientID=423081251&advquery=2298-D-03&infobase=tp.nfo&record={5A29}&recordswithhits=on&softpage=proyecto] [Última consulta 19/09/11].
- ¹²¹ PROYECTO DE LEY SOBRE TESTAMENTO VITAL. [En línea] [Citado 25/09/11] [Disponible en Internet <http://www.notivida.org/boletines/182.html>] [Última consulta 27/09/11].
- ¹²² LEY DE EUTANASIA EN HOLANDA. [En línea] [Citado 28/09/11] [Disponible en Internet <http://www.diariojudicial.com/contenidos/2001/04/10/noticia0003.html>] [Última consulta 29/09/11].
- ¹²³ NUÑEZ PAZ, ob. cit., p. 235.
- ¹²⁴ MATOZZO DE ROMUALDI, Liliana A. “Eutanasia ¿Buen morir...? ¿Buen matar...? Buen control”. ED, 168-1209, V.
- ¹²⁵ NUÑEZ PAZ, ob. cit., p. 236.
- ¹²⁶ MENDEZ, ob. cit., p. 46.
- ¹²⁷ Diario El País, de Madrid, edición del 09/03/1992, cit. por Niño Luis Fernando, Eutanasia. Morir con dignidad.
- ¹²⁸ LEMON, Alfredo. La más secreta intimidad. El derecho constitucional en los umbrales de la muerte. Buenos Aires. La Ley: 1993-E-834, nota 14.
- ¹²⁹ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 278.
- ¹³⁰ IBID p. 281.
- ¹³¹ CÓDIGO PENAL DE HOLANDA. [En línea] [Citado 20/09/11] [Disponible en Internet http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.chninternational.com/breakdown_on_dutch_euthanasia.htm] [Última consulta 21/09/11].
- ¹³² SAMBRIZZI, ob. cit., p. 282.
- ¹³³ IBID p. 282.
- ¹³⁴ LEY DE TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO. [En línea] [Citado 01/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.worldrtd.net/news/Dutch-law-termination-life-request-and-assisted-suicide-complete-text>] [Última consulta 02/09/11].
- ¹³⁵ CÓDIGO PENAL DE HOLANDA. [En línea] [Citado 20/09/11] [Disponible en Internet http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.chninternational.com/breakdown_on_dutch_euthanasia.htm] [Última consulta 21/09/11].
- ¹³⁶ LEY DE EUTANASIA EN HOLANDA. [En línea] [Citado 28/09/11] [Disponible en Internet <http://www.diariojudicial.com/contenidos/2001/04/10/noticia0003.html>] [Última consulta 29/09/11].
- ¹³⁷ IBID.
- ¹³⁸ IBID.
- ¹³⁹ LEY BELGA. [En línea] [Citado 12/09/11] [Disponible en Internet <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=n|es&u=http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/levengeinde/euthanasie/>] [Última consulta 13/09/11].
- ¹⁴⁰ IBID.
- ¹⁴¹ IBID.
- ¹⁴² CÓDIGO PENAL DE COLOMBIA. [En línea] [Citado 02/09/11] [Disponible en Internet <http://alcaldiademonteria.tripod.com/codigos/penal/trcrpnal.htm>] [Última consulta 04/09/11].
- ¹⁴³ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 252-254.
- ¹⁴⁴ CÓDIGO PENAL DE URUGUAY. [En línea] [Citado 5/09/11] [Disponible en Internet <http://www.iestudiospenales.com.ar/legislacion/codigos/211-codigo-penal-de-uruguay.html>] [Última consulta 7/09/11].
- ¹⁴⁵ CÓDIGO PENAL DE PERÚ. [En línea] [Citado 07/09/11] [Disponible en Internet <http://iestudiospenales.com.ar/legislacion/codigos/225-codigo-penal-de-peru.html>] [Última consulta 08/09/11].
- ¹⁴⁶ CÓDIGO PENAL DE BOLIVIA. [En línea] [Citado 10/09/11] [Disponible en Internet <http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bol/index.html>] [Última consulta 12/09/11].
- ¹⁴⁷ IBID.

- ¹⁴⁸ CÓDIGO PENAL DE BRASIL. [En línea] [Citado 14/09/11] [Disponible en Internet <http://pt.wikisource.org/wiki/C%C3%B3digoPenalBrasileiro/ParteEspecial/T%C3%ADtuloI/Cap%C3%ADtuloI>] [Última consulta 15/09/11].
- ¹⁴⁹ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 165-166-167.
- ¹⁵⁰ CÓDIGO PENAL DE MADRID. [En línea] [Citado 07/08/11] [Disponible en Internet <http://despachoabogados.fullblog.com.ar/titulo-primero-del-homicidio-y-sus-formas.html>] [Última consulta 08/08/11].
- ¹⁵¹ PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS. [En línea] [Citado 08/08/11] [Disponible en Internet <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>] [Última consulta 10/08/11].
- ¹⁵² MONTOYA, Mario Daniel El derecho constitucional a morir. (Principios establecidos por la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos en el caso Cruzan). Buenos Aires. La Ley: 1991-A-1065.
- ¹⁵³ LEMON, ob. cit., p. 237.
- ¹⁵⁴ IBID p. 837.
- ¹⁵⁵ IBID p. 837.
- ¹⁵⁶ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 167.
- ¹⁵⁷ IBID p. 169.
- ¹⁵⁸ MONTANELLI, Norberto. Responsabilidad criminal médica. 1ª Ed. Buenos Aires. García Alonzo: 2005. p. 407.
- ¹⁵⁹ IBID p. 407.
- ¹⁶⁰ ZAMBRANO, Pilar. “Sobre la moralidad y la juridicidad de la suspensión de tratamientos vitales”. La Ley; 2005-B-265.
- ¹⁶¹ ZEUS: 2000 Constitución de la Nación Argentina. Rosario. p. 13-25.
- ¹⁶² CONVENCION AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. [en línea] [Citado 11/09/11] [Disponible en Internet <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>] [Última consulta 12/09/11].
- ¹⁶³ DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHO HUMANOS. [en línea] [Citado 14/09/11] [Disponible en Internet <http://clio.rediris.es/n30/derechoshumanos.htm>] [Última consulta 15/09/11].
- ¹⁶⁴ PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS. [en línea] [Citado 16/09/11] [Disponible en Internet <http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>] [Última consulta 17/09/11].
- ¹⁶⁵ CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. [en línea] [Citado 18/09/11] [Disponible en Internet <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>] [Última consulta 19/09/11].
- ¹⁶⁶ CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. [en línea] [Citado 19/09/11] [Disponible en Internet http://www.ambiente.gov.ar/archivos/web/biblioteca/File/Contituciones/cp_buenos_aires.pdf] [Última consulta 20/09/11].
- ¹⁶⁷ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 256.
- ¹⁶⁸ IBID p. 256.
- ¹⁶⁹ JIMÉNEZ de Asúa, Luis. Libertad de amar y derecho a morir. 7ª Ed. Buenos Aires. Losada: 1992. p. 379.
- ¹⁷⁰ SAMBRIZZI, ob. cit., p. 257.
- ¹⁷¹ IBID. p. 258.
- ¹⁷² IBID. p. 260.
- ¹⁷³ PROYECTO DE LEY, Expdte. N° 6609-D-02. [en línea] [Citado 16/09/11] [Disponible en Internet <http://www.diputados.gov.ar/>] [Última consulta 17/09/11].
- ¹⁷⁴ PROYECTO DE LEY, Expdte. N° 1500-D-02. [en línea] [Citado 18/09/11] [Disponible en Internet <http://www.diputados.gov.ar/>] [Última consulta 19/09/11].
- ¹⁷⁵ PROYECTO DE LEY, Expdte. N° 2726-D-03. [en línea] [Citado 20/09/11] [Disponible en Internet <http://www.diputados.gov.ar/>] [Última consulta 21/09/11].
- ¹⁷⁶ PROYECTO DE LEY, Expdte. N° 6542-D-05. [en línea] [Citado 23/09/11] [Disponible en Internet <http://www.diputados.gov.ar/>] [Última consulta 24/09/11].
- ¹⁷⁷ PROYECTO DE LEY, Expdte. N° 0737-D-08. [en línea] [Citado 27/09/11] [Disponible en Internet <http://www.diputados.gov.ar/>] [Última consulta 29/09/11].
- ¹⁷⁸ LEY 17.132 DE RÉGIMEN LEGAL DE LA MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ACTIVIDADES AUXILIARES. [En línea] [Citado 15/09/11] [Disponible en Internet <http://www.portalargentino.net/leyes/17132.pdf>] [Última consulta 23/09/11].
- ¹⁷⁹ CARRERA, Daniel P. Muerte digna. Academia Nacional de Derecho de Córdoba. 1ª Ed. Córdoba. El Páramo: 1999. p. 52.
- ¹⁸⁰ IBID p. 52.

BIBLIOGRAFÍA

a) General

ANDRUET, Armando. Bioética, Derecho y Sociedad. Conflicto, ciencia y convivencia. 1ª Ed. Córdoba. Alveroni: 2004.

BLANCO, Luis Guillermo. Bioética y Bioderecho. 1ª Ed. Buenos Aires. Universidad: 2002.

BURSZTEIN, Abraham León, Kohan Miriam, Corina Dutack, Alejandro Andrés y Botto Carlos Gustavo. Empleo del formulario de consentimiento informado en endoscopia digestiva, en Cuadernos de Bioética. 1ª Ed. Buenos Aires. Ad-Hoc: 2000.

CASABONA, Romeo. El médico y el derecho penal. La actividad curativa, licitud y responsabilidad penal. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2011.

CHARLESWORTH, Max. Bioethics in a liberal society. 2ª Ed. Cambridge. C.U.P: 1996.

FERRATER, Mora, José y Cohen, Priscilla. Ética aplicada. Del aborto a la violencia. 2ª Ed. Madrid. Alianza: 1991.

LEMON, Alfredo. La más secreta intimidad. El derecho constitucional en los umbrales de la muerte. Buenos Aires. La Ley: 1993-E-834, nota 14.

MONTANELLI, Norberto. Responsabilidad criminal médica. 1ª Ed. Buenos Aires. García Alonzo: 2005.

OSSORIO, Manuel. Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. 28 Ed. Buenos Aires. Heliasta: 2001.

RABINOVICH, Berkman Ricardo. Actos Jurídicos y Documentos Biomédicos. 1ª Ed. Buenos Aires. La Ley: 2004.

SICA, Josefina Rita y Flacón, Patricia. Reconocimiento de la negativa del paciente al acto médico. Reproducida en instrumento privado o público. La Ley: 1999-E-1146, IV.

SZAFIR, Dora. La autonomía de la voluntad y los derechos del paciente. 1ª Ed. Buenos Aires. San Fernando: 2001.

TARQUIS, Alfonso Pedro. Bases teológicas de la ética protestante, en bioética y religiones: el final de la vida. 3ª Ed. Madrid. AA.VV.: 2000.

TINANT, Eduardo Luis. Antología para una bioética jurídica. 1ª Ed. Buenos Aires. La Ley: 2004.

ZAMBRANO, Pilar. “Sobre la moralidad y la juricidad de la suspensión de tratamientos vitales”. La Ley: 2005-B-265.

b) Especial

ARANDA, Enrique Díaz. Eutanasia. Delitos contra las personas. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2003.

BARRENECHEA, Juan J. Aspectos legales de la eutanasia, en la eutanasia y el arte de morir. 1ª Ed. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas: 1990.

BLANCO, Luis Guillermo. Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas. 2ª Ed. Buenos Aires. Ad-Hoc: 1997.

CARRERA, Daniel P. Muerte digna. Academia Nacional de Derecho de Córdoba. 1ª Ed. Córdoba. El Paramo: 1999.

FARELL, Martín Diego. La ética del aborto y la eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. Abeledo-Perrot: 1993.

GAFO, Javier. El debate ético y legal sobre la eutanasia y las personas con deficiencia mental. 3ª Ed. Madrid. AA.VV.: 1999.

JIMÉNEZ de Asúa, Luis. Libertad de amar y derecho a morir. 7ª Ed. Buenos Aires. Losada: 1992.

KIPER, Jorge. La justicia en la sociedad que se avecina. La eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. Losada: 1997.

KÜNG, Hans y Jeans, Walter. Morir con dignidad. 1ª Ed. Madrid. Trotta: 2004.

MANTOVANI, Ferrando. El problema jurídico de la eutanasia, en eutanasia y suicidio. 2ª Ed. Granada. AA.VV.: 2001.

MATOZZO DE ROMUALDI, Liliana A. “Eutanasia ¿Buen morir...? ¿Buen matar...? Buen control”. ED, 168-1209, V.

MEDINA, Graciela. ¿Prolongar la vida o prolongar la agonía? La eutanasia en el Derecho Argentino. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2006.

MENDEZ, Baiges Víctor. Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones. 1ª Ed. Madrid. Trotta: 2002.

MONTOYA, Mario Daniel. El derecho constitucional a morir. (Principios establecidos por la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos en el caso Cruzan). Buenos Aires. La Ley: 1991-A-1065.

NIÑO, Luis Fernando. Eutanasia. Morir con dignidad. 1ª Ed. Buenos Aires. Universidad: 2005.

NUÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. 1ª Ed. Madrid. Tecnos: 1999.

ROXIN, Claus. Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia, en eutanasia y suicidio. 1ª Ed. Granada. AA.VV.: 2001.

RUIZ, Silvia. La eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni: 2006.

SAMBRIZZI, Eduardo A. Derecho y eutanasia. 1ª Ed. Buenos Aires. La Ley: 2005.

INDICE

1.Resumen	1
2.Estado de la cuestión	2
3.Marco teórico	3
4.Introducción	7

Capítulo I

LA EUTANASIA

1.Introducción	9
2.Eutanasia, concepto	9
3.Distintas clasificaciones de la eutanasia	12
3.1.Eutanasia colectivista e individual	12
3.2.Eutanasia activa y omisiva	12
3.3.Eutanasia voluntaria e involuntaria	13
3.4.Eutanasia directa e indirecta	13
3.5.Eutanasia suicida y homicida	13
3.6.Eutanasia solutiva y resolutive	14
3.7.Eutanasia en sentido estricto y en sentido amplio	14
4.Requisitos que debe reunir el acto eutanásico	14
5.Breve referencia histórica	15
6.Situaciones diferentes de la eutanasia	17
6.1.Distanasia	17
6.2.Ortotanasia	18
7.Derecho a morir con dignidad	20
7.1.El delito de abandono de persona	21
8.Los cuidados paliativos	22
8.1.Documentos que hacen mención a los cuidados paliativos ..	24

9.La situación de las personas que se encuentran en estado vegetativo persistente	25
9.1.Conducta a asumir en el supuesto de las personas en estado vegetativo persistente	28
10.El consentimiento informado	29
10.1.Los menores de edad	31
10.2.Formalidad para expresar el consentimiento informado ...	33
10.3.Posibilidad de revocar el consentimiento prestado	34
11.El testamento vital	34
11.1.Forma de otorgar las directivas previas	35
11.2.Objetivos del testamento vital	36
11.3.El tiempo de validez y la revocación de las directivas previas	37
11.4.Responsabilidad por la inobservancia de las directivas previas ...	38
12.La autonomía individual	38
13.Conclusión	39

Capítulo II

LA EUTANASIA EN EL DERECHO COMPARADO

1.Introducción	41
2.El consentimiento informado con relación a los menores de edad	42
2.1.Francia	42
2.2.Estados Unidos	42
2.3.Gran Bretaña	42
2.4.Canadá	43
3.La práctica del consentimiento informado	43
3.1.Estados Unidos	44
3.2.España	45
3.3.Francia	45
4.El testamento vital	46
4.1.Estados Unidos	46
4.2.Alemania	47
4.3.Francia	47

4.4.España	47
4.5.Italia	48
4.6.Australia	48
4.7.Las leyes vigentes en Holanda y Bélgica	49
4.8.Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y Convenio de Oviedo	50
4.9.La situación en nuestro país	51
5.La eutanasia en Holanda	53
5.1.Antecedentes a la sanción de la ley que regula la eutanasia en Holanda	53
5.2.Algunos proyectos que precedieron la ley	55
5.3.El contenido de la ley	56
6.La eutanasia en Bélgica	58
7.Antecedentes en América Latina	59
8.Jurisprudencia nacional y comparada de personas que se encuentran en estado vegetativo o con una importante discapacidad	62
8.1.Ramón Sampredo	62
8.2.Karen Ann Quinlan	64
8.3.Nancy Beth Cruzan	65
8.4.Terri Schiavo	67
8.5.Fallo del Tribunal Europeo de Derechos Humanos	69
8.6.Reciente sentencia de la Corte Suprema de Buenos Aires ..	73
9.Conclusión	77

Capítulo III

PROYECTOS DE LEYES RELACIONADOS CON LA EUTANASIA

1.Introducción	80
2.Proyectos de reformas del Código Penal	80
2.1.Dres. Eusebio Gómez y Jorge E. Coll	80
2.2.Dr. José Peco	81
3.Proyectos de los Diputados	81
3.1.José M. Corchuelo Blasco y Carlos Raúl Álvarez	81
3.2.Miguel Ángel Bonino	83
3.3.Luis Nicolás Polo	83
3.4.Martha Alarcia	84

3.5.Cristina Zuccardi	85
3.6.Marta Milesi y María José Lubertino	85
3.7.Víctor Manuel Federico Fayad	86
3.8.Laura J. Sesma, Mónica H. Fein y Silvia Augsburguer	87
4.Conclusión	88

Capítulo IV

PROPUESTA Y CONCLUSIÓN.

1.Propuesta	91
2.Conclusión	93
3.Proyecto de ley sobre Muerte Digna: Régimen	99

BIBLIOGRAFÍA.

a)General	112
b)Especial	114